



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

GEOVANNA SANTANA DE SOUZA TURRI

**CRENÇAS EM SAÚDE, TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA E SAÚDE DO
HOMEM: PREDIZENDO A INTENÇÃO DE REALIZAÇÃO DO EXAME
DO TOQUE RETAL**

**Health beliefs, Theory of Planned Behavior and men's health: predicting
the intention of doing the digital rectal exam**

Julho, 2017
São Cristóvão, SE

GEOVANNA SANTANA DE SOUZA TURRI

**CRENÇAS EM SAÚDE, TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA E SAÚDE DO
HOMEM: PREDIZENDO A INTENÇÃO DE REALIZAÇÃO DO EXAME
DO TOQUE RETAL**

**Health beliefs, Theory of Planned Behavior and men's health: predicting
the intention of doing the digital rectal exam**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. André Faro

Linha: Processos sociais e relações intergrupais

Julho, 2017

São Cristóvão, SE

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Turri, Geovanna Santana de Souza.

Crenças em saúde, Teoria da Ação Planejada e saúde do homem: predizendo a intenção de realização do exame do toque retal/ Geovanna Santana de Souza Turri / Orientador: André Faro Santos / São Cristóvão, 2017.

112 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

1. Teoria da Ação Planejada, 2. Saúde do Homem, 3. Exame do Toque Retal.

GEOVANNA SANTANA DE SOUZA TURRI

**CRENÇAS EM SAÚDE, TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA E SAÚDE DO
HOMEM: PREDIZENDO A INTENÇÃO DE REALIZAÇÃO DO EXAME
DO TOQUE RETAL**

**Health beliefs, Theory of Planned Behavior and Men's Health: predicting
the intention of doing the digital rectal exam**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Aprovada em: ____/____/____.

Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS
Membro Interno

Prof. Dr. Cícero Roberto Pereira
Universidade Federal da Paraíba/PPGPS/UFPB
Membro Externo

À minha mãe, que sempre me incentiva e me passa forças para que eu consiga concretizar meus objetivos. E a todos que direta ou indiretamente se fizeram presente e colaboraram para meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por me erguer e me dar coragem de seguir sempre em frente.

À minha mãe, Joanice, por todos os momentos que me concedeste serenidade, conselhos, amor, conforto e apoio. Obrigada por nunca desistir dos meus sonhos! Ao meu pai, Franco, e às minhas segundas mães, Bernadete e Joana, pelos conselhos de sabedoria e amor incondicional.

A meu padrinho Edvaldo, tios, primos e a meus irmãos, Valter, Fiorela, Letizia e Ruben.

À Anne, irmã de sangue e de coração. Um dos melhores presentes que a vida (e nosso pai) me deu!

À Luana, por estar ao meu lado na UFS e na vida, me ajudando na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, nos risos e gargalhadas.

A meus amigos de sempre, Will e Jessy, por absolutamente tudo. À Camila, Jennifer e Carla, pela força que vocês sempre me passaram. Agradeço também aos colegas do mestrado que compartilharam da mesma luta, em especial Catiele, Kelyane, Rozélia e Israel. Também deixo meu agradecimento a todas do GEPPS, em especial Mari, Laís e Ira, que contribuíram para minha formação desde a fundação do grupo.

A Clay, por me incentivar e acreditar no meu potencial... por elevar minha autoestima sempre dizendo que sou a melhor (um dia acredito em você).

A André, por ser um mestre-amigo e por compartilhar seus conhecimentos na monografia, no PET-RUE, no GEPPS, na Escapsi I, II e III, no mestrado, nos estágios, na vida. Saiba que ter você como orientador foi muito significativo para meu crescimento ($p < 0,001$).

A Elder, por ser meu primeiro guia na vida acadêmica, por se fazer presente, por aceitar todos os meus convites e por me fazer gostar de pesquisa.

Obrigada também ao professor Cícero Pereira, por aceitar participar da banca de avaliação deste trabalho.

À Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC/SE) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

A todos os homens que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa. Obrigada pela colaboração tão valiosa para a minha experiência pessoal e profissional.

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa, precisa depender de motivação.”

(Dalai Lama)

“Sou um crente - e por que não o ser? A fé desentope as artérias; a descrença é que dá câncer!”

(Vinicius de Moraes)

“Faça um plano, tenha um objetivo. Trabalhe para alcançá-los, mas de vez em quando, olhe ao seu redor e aproveite, porque é isso. Tudo pode acabar amanhã.”

(Retirado da série Greys Anatomy)

Resumo

A presente dissertação buscou investigar crenças e os demais construtos da Teoria da Ação Planejada (TAP), visando desenvolver um modelo capaz de identificar os principais preditores da intenção de realizar o Exame do Toque Retal (ETR). Para isto, realizou-se três estudos. No Estudo 1 foi realizado um capítulo teórico sobre a TAP e sua aplicabilidade a comportamentos de saúde do homem, com ênfase no comportamento de realização do ETR. Já os estudos 2 e 3 foram empíricos, realizados com homens entre 40 e 70 anos de idade, dividindo-os em dois grupos: Fez o ETR x Não fez o ETR. No Estudo 2, procurou-se identificar as principais crenças de homens acerca do ETR, comparando padrão de respostas por grupo. Aqui, utilizou-se um questionário com questões sociodemográficas e clínicas, além da técnica de evocação livre de palavras. Constatou-se que os homens que já fizeram o ETR costumaram evocar mais termos voltados à suscetibilidade e gravidade do câncer de próstata, enquanto que os homens que não o fizeram destacou a suscetibilidade ao câncer e, também, os benefícios de realizar o ETR. Tais dados mostraram como cada grupo vê o ETR, possibilitando intervenções pontuais. Já o Estudo 3 investigou o modelo preditivo da TAP (atitudes, normas e percepção de controle), visando identificar os principais preditores da intenção de realizar o ETR. Foi utilizada uma escala com os construtos da TAP, além de questões sociodemográficas e clínicas. Em suma, os resultados revelaram que a atitude prevê melhor a intenção de homens que nunca fizeram o ETR, enquanto as normas preveem melhor a intenção de homens que já o realizaram. Já a percepção de controle pareceu funcionar junto ao público masculino independentemente de ter feito ou não o exame. Enfim, entende-se que a TAP e o estudo das crenças podem auxiliar os pesquisadores sociais e da saúde a entender os fatores únicos que induzem uma pessoa a engajar-se no comportamento de interesse, neste caso, entender como homens se engajam na realização do ETR.

Palavras-Chave: Teoria da Ação Planejada. Saúde do Homem. Exame do Toque Retal. Modelo de Crenças em Saúde.

Abstract

The present dissertation aimed to investigate beliefs and other constructs of the Theory of Planned Behavior (TPB), to developing a model able to identifying the main predictors of the intention to perform Digital Rectal Exam (DRE). For this, we did three studies. In the Study 1, a theoretical chapter on TAP and its applicability to human health behaviors was carried out, with emphasis on the behavior of the ETR. The Studies 2 and 3 were empirical, men between 40 and 70 years old participated, dividing them into two groups: the men that did the DRE x the men that didn't do the DRE. In the Study 2, we aimed to identify the main beliefs of men about DRE, comparing the responses pattern by group. Here, a questionnaire with sociodemographic and clinical questions and the free word evocation technique were used. We found that men who had already done DRE tended to evoke more terms for the susceptibility and severity of prostate cancer, while men who had never done emphasized the susceptibility to cancer and also the benefits of doing the DRE. These data showed how each group looks at the DRE, allowing for occasional interventions. The Study 3 investigated the predictive model of TPB (attitudes, norms and perception of control), aiming to identify the main predictors of the intention to doing the DRE. A scale with TPB constructs was used, as well as sociodemographic and clinical issues. In short, the results revealed that the attitude is better to predict the intent of men who had never done the DRE, while the norms are better to predict the intention of men who had already done so. And the perception of control seemed to work with the male audience whatever if they did or not the exam. Finally, we understood that TPB and the study of beliefs can help social and health researchers to understand the single factors that induce a person to engage in the behavior of interest, in this case, to understand how men engage in the DRE.

Keywords: Theory of Planned Behavior. Men's Health. Digital Rectal Exam. Health Beliefs Model.

Lista de figuras

Capítulo I. O modelo de predição comportamental da teoria da ação planejada e a saúde do homem

Figura 1- Modelo traduzido da Teoria da Ação Planejada	28
--	----

Lista de tabelas

Capítulo II. Crenças em saúde acerca do exame do toque retal

Tabela 1 - Quadro Geral de Casas das evocações acerca do exame do toque retal 59

Tabela 2 - Principais crenças separadas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde68

Capítulo III. Predizendo comportamento preventivo por meio da Teoria da Ação

Planejada

Tabela 1 - Sumário das regressões lineares para a predição da intenção comportamental de realização do exame de toque retal.....87

Lista de abreviaturas e siglas

CA	Câncer
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DP	Desvio Padrão
ETR	Exame do Toque Retal
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INCA	Instituto Nacional do Câncer
M	Média
Max	Máximo
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
Min	Mínimo
MS	Ministério da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático Específico
QQC	Quadro de Quatro Casas
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Teoria da Ação Planejada
TAR	Teoria da Ação Racional
VD	Variável Dependente
VI	Variável Independente

Sumário

Introdução	15
Referências	19
Capítulo I	22
Capítulo Teórico: O modelo de predição comportamental da Teoria da Ação Planejada e a saúde do homem.....	22
Introdução.....	22
Predição do comportamento: Teoria da Ação Planejada	25
Cuidados metodológicos na aplicação da Teoria da Ação Planejada	29
Relação TAP e saúde: Predição do comportamento em saúde.....	32
Cuidados preventivos no câncer de próstata e Teoria da Ação Planejada: Possibilidades de estudo	34
Considerações Finais.....	39
Referências	41
Capítulo II.....	47
Artigo Empírico 1: Crenças em saúde acerca do Exame do Toque Retal (ETR)	47
Resumo	47
Abstract	48
Resumen	49
Résumé	50
Introdução.....	51
Método	55
<i>Participantes</i>	55
<i>Descrição dos grupos</i>	55

<i>Instrumentos</i>	56
<i>Procedimentos</i>	56
<i>Análise dos dados</i>	56
Resultados e Discussão	58
Considerações Finais.....	68
Referências	70
Capítulo III	75
Artigo Empírico 2: Predizendo comportamento preventivo por meio da Teoria da Ação	
Planejada	75
Resumo	75
Abstract	76
Introdução.....	77
Método	81
<i>Participantes</i>	81
<i>Instrumentos e procedimentos</i>	82
<i>Análise dos dados</i>	83
Resultados	84
Discussão	90
Referências	96
Considerações Finais	101
Anexos	104
Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico e Clínico de Crenças sobre o ETR	104
Anexo 2 - Evocações de Palavras acerca do Exame do Toque Retal	105
Anexo 3 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	106
Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Crenças em Saúde	109

Anexo 5 - Questionário Sociodemográfico e Clínico TAP.....	110
Anexo 6 - Questionário da Teoria da Ação Planejada	111
Anexo 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TAP.	113

Introdução

Nas últimas décadas tem se destacado uma modificação de prioridades no sistema de saúde, devido a uma maior exposição da circulação de informações sobre riscos, exames, tratamentos e práticas preventivas que vêm contribuindo para uma maior responsabilização das decisões e comportamentos que afetam a saúde dos indivíduos. Mas, quais são os fatores envolvidos no comportamento de realização de determinado exame? Qual o peso que as crenças acerca da saúde exercem sobre os comportamentos? Como as atitudes, normas e controle em relação a uma dada doença ou exame podem prever comportamentos e auxiliar na prevenção do adoecimento? Numa tentativa de responder a perguntas ligadas à relação entre atitudes e comportamento, originou-se a Teoria da Ação Planejada (TAP), com forte interesse de aplicação na área da saúde.

A atitude é conceituada como uma predisposição a reagir favorável ou desfavoravelmente frente à uma situação ou objeto psicológico (Ajzen & Fishbein, 2000). É exposto em alguns trabalhos que este construto não prevê bem o comportamento quando aplicado de forma generalista (por exemplo, não prevê bem comportamentos relacionados ao câncer em geral), porém sua capacidade preditiva se mostra eficaz quando aplicado a contextos específicos (prevê bem aspectos relacionados ao câncer de próstata, câncer de mama, por exemplo) (Fishbein & Ajzen, 1974). Logo, compreender a atitude é importante, pois em algum grau ela explica e prevê o comportamento das pessoas (Ajzen, 2012), principalmente os comportamentos de saúde em uma temática específica.

Em saúde, as atitudes podem facilitar a adaptação dos indivíduos a determinados comportamentos e favorecer o processo de tomada de decisões, a exemplo da maior ou menor adesão à prática de exames preventivos, como já foi visto em estudo sobre o autoexame de mama (Marinho, Costa-Gurgel, Cecatti, & Osis, 2003). Visto que não é fácil entender e explicar o comportamento humano, vem aumentando com o passar dos anos o interesse da Psicologia e

áreas afins em estudar e pesquisar o processamento de informações, as crenças, os processos biológicos, ambientais e sociais envolvidos na tomada de decisão e modificação de comportamentos. Dessa forma, o uso de conceitos para se referir às disposições comportamentais, tais como atitudes e crenças, têm desempenhado um importante papel nas tentativas de explicar e prever o comportamento (Ajzen, 1991). Desde então, vários modelos teóricos cognitivos surgiram para tentar sanar as dúvidas acerca do comportamento humano e dos processos que envolvem a tomada de decisões, dentre os quais se destaca a TAP.

A TAP ampara a atitude em um referencial consistente e sem ambiguidades, levando em consideração outros construtos que também antecedem o comportamento, como as normas subjetivas, a percepção de controle e a intenção comportamental (Ajzen, 2012). Todos esses construtos são compreendidos por crenças, sejam elas comportamentais, normativas ou de controle. Assim, a TAP considera que para entender e explicar o comportamento é preciso pesquisar esses construtos dentro de um mesmo modelo. A TAP acredita, por exemplo, que para doar sangue o sujeito precisa ter crenças favoráveis à realização de uma ação, bem como uma atitude favorável. Porém, o sujeito também precisa perceber que há fatores que podem facilitar a ação e acreditar que pessoas próximas incentivam a doação. Inserida nesse contexto, a TAP pode servir como panorama explicativo de inúmeros comportamentos no campo da atenção à saúde, aplicando-se, inclusive, à saúde do homem, pois pode ser utilizada para se tentar entender aspectos comportamentais relativos à baixa adesão masculina a práticas preventivas (Amorim et al., 2011).

Diversos estudos realizados com público masculino trazem a concepção de gênero e masculinidade como elemento iniciador de preconceito (Couto & Gomes, 2012; Gomes, 2003), atribuindo o cuidado como tarefa feminina. Tal discurso só se torna mais relevante quando se expõe o alto índice de homens que adoecem e morrem por não se prevenirem corretamente (Dela Coleta, 2010), a exemplo da prevenção para o câncer de próstata.

O câncer de próstata é uma das doenças que mais mata, visto que é responsável por mais de 13 mil mortes de homens por ano. Uma das maneiras para evitar seu aparecimento e aumentar a chance de cura consiste na realização do exame do toque retal (ETR). Esse exame é realizado através do contato com a região anal do homem e é considerado o padrão-ouro para prevenção e diagnóstico do câncer de próstata (Oliveira & Popov, 2012). Porém, o ETR tem sido alvo de estudos por causa das questões psicológicas e sociais associadas à motivação para realizá-lo ou não (Paiva, Motta, & Griep, 2011). Nesse contexto, o ETR é um dos mais citados em literaturas da área, pois costuma causar repulsa nos homens, devido às crenças distorcidas acerca de seu método de realização.

Embora o ETR seja considerado um exame simples, ele não é muito realizado devido ao preconceito de ser tocado em uma zona considerada por muitos como “intocável”. Como consequência disso está o diagnóstico, muitas vezes tardio, do câncer de próstata e as altas taxas de mortalidade. Isso está refletido em dados publicados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pelo Ministério da Saúde (MS), revelando que nos anos de 2014 e 2015 no Brasil houve uma estimativa de 395 mil casos novos de câncer (excluindo-se os casos de câncer não melanoma), sendo os tumores de próstata (69 mil) o segundo tipo de câncer mais prevalente na sociedade brasileira, seguido pelo câncer de mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), e estômago (20 mil). Já para 2016 a estimativa era de 61.200 casos novos de câncer de próstata no Brasil, esperando-se ao menos 610 novos casos no estado de Sergipe (INCA, 2015). Nessa conjuntura, acredita-se que os números do CA (câncer) de próstata poderiam ser menores se a procura por exames preventivos fosse maior.

Para que homens se previnam e realizem o exame do toque, é necessário que estratégias sejam traçadas a fim de conhecer, enfraquecer e modificar crenças negativas que levam ao preconceito em realizar o exame, potencializando as chances de melhor adaptação e enfrentamento ao exame e à doença. Nesse sentido, a aplicação do modelo da TAP, uma vez

que tem como base um conjunto de crenças, pode contribuir para um melhor aprimoramento do estudo da intenção de realização do ETR, isso por meio do estudo das crenças e emoções envolvidas nesses comportamentos. Diante do interesse pelo estudo das crenças e da TAP aplicada ao comportamento de realização do ETR, é importante ressaltar que:

(1) A TAP se apresenta como uma ferramenta capaz de discutir em termos da previsibilidade a comportamentos diversos, além de viabilizar campanhas educativas para que os comportamentos indesejáveis em saúde possam ser menos frequentes (Ajzen, 2011; Cooke & French, 2008; Giles, Mcclenahan, Cairns, & Mallet, 2004);

(2) Há carência de trabalhos que procuram explicar como os homens formam crenças e atitudes frente ao ETR (Gomes, Nascimento, Rebello, & Araújo, 2008; Nagler et al., 2005). Dessa forma, conhecer como as crenças e os demais elementos da TAP funcionam frente ao ETR pode explicar porque alguns homens aderem mais à prática preventiva, o que contribuirá para entender melhor a predição de comportamentos masculinos;

(3) Estudos constataam que os homens, em geral, morrem mais pelas principais causas de morte, dentre elas o câncer de próstata, que já se caracteriza como a segunda causa de morte de homens no Brasil (perdendo espaço apenas para o câncer de pele não-melanoma) (INCA, 2015; Paiva et al., 2011). Assim, entender a baixa adesão masculina e a baixa favorabilidade à exames preventivos pode explicar o alto número de mortes por câncer de próstata.

Isto posto, a principal proposta do presente trabalho se voltou a desenvolver um modelo preditivo do comportamento frente ao ETR por meio da aplicação da TAP. Para isto, buscou-se conhecer primeiramente as crenças acerca do ETR e, em seguida, predizer a intenção de realizar o ETR, por meio das atitudes, normas subjetivas, percepção de controle, além de variáveis sociodemográficas e clínicas.

De modo geral, espera-se que este estudo possa contribuir com a elaboração de estratégias que visem à modificação de crenças negativas ou distorcidas que permeiam alguns

exames preventivos, como o ETR e, até mesmo, a mamografia. Acredita-se que estratégias criadas a partir de crenças já conhecidas pode aumentar a probabilidade de adesão a exames preventivos.

Esta dissertação é composta por três seções: um capítulo teórico e dois artigos empíricos. O **Capítulo I** (teórico) buscou apresentar modelos preditivos do comportamento, evidenciando a TAP e a importância de seu modelo na predição comportamental e criação de estratégias de adesão à exames preventivos. Buscou-se com este capítulo, expor como a TAP pode interferir, através de seu poder preditivo, na adesão do público masculino ao realizar exames preventivos, em especial, o ETR. No **Capítulo II** (artigo empírico 1) buscou-se identificar crenças de homens acerca do ETR, fundamentais nesta dissertação, visto que é um panorama teórico clássico da Psicologia Social que dá início a toda lógica da TAP. O **Capítulo III** (artigo empírico 2) objetivou o desenvolvimento de um modelo de predição da intenção comportamental de realização do ETR. Este estudo, considerado o principal desta dissertação, buscou identificar quais são os melhores preditores da intenção de realizar o ETR para homens que já fizeram o exame e para os que nunca o fizeram. Por último são apresentadas as **Considerações Finais**, constando as principais conclusões desta dissertação e sugestões para futuras investigações.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2011). Is the theory of planned behavior an appropriate model for human fertility? Reflections on Morgan and Bachrach's critique. *Vienna Yearbook of Population Research*, 9, 63-74.

- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 438-459). London: Sage.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude–behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Orgs.), *European Review of Social Psychology* (pp. 1-33). New York: John Wiley & Sons. doi: 10.1080/14792779943000116
- Amorim, V. M. S. L., Azevedo Barros, M. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M. C. G. P. (2011). Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: Um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, 27, 347-356.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23(7), 745-765. doi: 10.1080/08870440701544437
- Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: A equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2569-2578.
- Dela Coleta, M. F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças*, 18, 69-78.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74. doi: 10.1037/h0035872
- Giles, M., Mcclenahan, C., Cairns, E., & Mallet, J. (2004). An application of the theory of planned behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research*, 19, 380-391. doi: 10.1093/her/cyg063
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: Proposta para uma análise. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8, 825-829.

- Gomes, R., Nascimento, E. D., Rebello, L. E. F. S., & Araújo, F. C. D. (2008). As arranhaduras da masculinidade: Uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 1975-1984.
- Instituto Nacional de Câncer. (2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Marinho, L., Costa-Gurgel, C. J., Cecatti, J. G., & Osis, M. J. D. (2003). Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Revista Saúde Pública*, 37, 576-82.
- Nagler, H. M., Gerber, E. W., Homel, P., Wagner, J. R., Norton, J., Lebovitch, S., & Phillips, J. L. (2005). Digital rectal examination is barrier to population-based prostate cancer screening. *Urology*, 65, 1137-1140. doi:10.1016/j.urology.2004.12.021
- Oliveira, J. I. M., & Popov, D. C. S. (2012). Exame preventivo do câncer de próstata: Impressões e sentimentos. *Revista de Enfermagem da UNISA*, 13, 13-20.
- Paiva, E. P., Motta, M. C. S., & Griep, R. H. (2011). Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 73-80.

- CAPÍTULO I –

CAPÍTULO TEÓRICO

O modelo de predição comportamental da Teoria da Ação Planejada e a Saúde do Homem¹

Geovanna Santana de Souza, Mestranda em Psicologia Social pela UFS

André Faro, Doutor em Psicologia e Docente no PPGPSI/UFS

Introdução

Nas últimas décadas, as mudanças na saúde e o aumento da produção de conhecimento têm contribuído com a modificação de prioridades no sistema de saúde. A circulação de informações nos meios eletrônicos sobre riscos, exames, tratamentos e práticas preventivas vem contribuindo para tornar os indivíduos mais responsáveis pelas decisões e comportamentos que afetam sua saúde. Os psicólogos falam das atitudes como um construto determinante para o comportamento e há quase um século que ela se constitui como um dos principais conceitos da Psicologia Social (Ferreira, 2010).

Um dos conceitos mais recentes sobre atitude afirma que ela decorre de crenças que as pessoas têm sobre o objeto atitudinal, avaliando positiva ou negativamente uma ação (Ajzen & Cote, 2008; Albarracin, Johnson, & Zanna, 2014). Dessa forma, os indivíduos aprendem a favorecer comportamentos que acreditam ter consequências desejáveis e desfavorecem comportamentos que associam com consequências indesejáveis. As atitudes, então, formam-se por meio do contato com o “outro”, ou seja, das experiências vividas (relações consigo, com o outro e com mundo) e também decorrem de processos comuns de aprendizagem (Ajzen & Cote, 2008). Elas funcionam como um atalho mental para simplificar as relações comuns, como por exemplo auxiliar na assunção de posições, controlar comportamentos, proteção da autoimagem,

¹ Publicado como capítulo de livro.

entre outras funções.

A atitude se relaciona aos modos como as pessoas se organizam, tomam decisões e manifestam comportamentos. Embora ela interfira nas decisões, há posições encontradas na literatura narrando que a atitude não é a única variável determinante do comportamento. Na Psicologia Social, por volta de 1960, modelos surgiram postulando que para entender e prever o comportamento é imprescindível considerar variáveis além das atitudes, tais como crenças, normas, referentes sociais e intenções, sendo esta última admitida como principal preditora do comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980; Moutinho & Roazzi, 2010). Assim, surgiram a Teoria da Ação Racional (TAR) e a Teoria da Ação Planejada (TAP), com a intenção de entender e prever comportamentos com base em crenças, afetos, pressão social e na percepção de controle que o sujeito tem sobre determinada ação.

Partindo do pressuposto que toda ação realizada pelos indivíduos passa por um planejamento, Ajzen (2012) citou que é possível identificar com certa segurança as ações de uma pessoa a partir do momento em que se torna possível prever as intenções em relação ao seu comportamento. Na Psicologia Social, a TAR surgiu com o intuito de explicar como as atitudes podem predizer o comportamento e quais são seus fatores preditores (Ajzen & Fishbein, 1980). A TAR se baseia na suposição de que os seres humanos são seres racionais e fazem uso sistemático da avaliação da informação.

Para Ajzen e Fishbein (1980) o principal fator que determina o comportamento alvo é a intenção comportamental, que por sua vez é função de dois determinantes básicos: a atitude (crenças das consequências possíveis da ação e sua favorabilidade de execução) e a norma subjetiva (crenças das pressões sociais que influenciam a direção da atitude e sua execução), formando a TAR.

Apesar do sucesso em sua capacidade de fazer previsões, o modelo tem sido objeto de questionamentos em decorrência do fato que as intenções comportamentais e os

comportamentos são influenciados por outros fatores como por exemplo o comportamento passado (Ajzen, 2012). Embora a TAR seja muito usada entre os estudiosos do comportamento, alguns buscaram ampliar a visão a respeito das possíveis causas do comportamento humano, desenvolvendo a TAP e acrescentando a variável percepção de controle como preditor direto do comportamento ou preditor indireto por meio da intenção.

Frente a essas críticas, vale salientar que consoante aos pressupostos da TAP, pouco importa a maneira que as pessoas chegam as suas crenças ou como formam suas atitudes em relação a certo comportamento. O que realmente importa é que tanto as atitudes como outros construtos, tais como normas subjetivas e percepções de controle, apoiem-se de forma consistente nestas crenças. É neste contexto, de acordo com estudiosos da TAP, que se pode dizer que um comportamento é planejado (Romano & Netland, 2008) e assim ele pode ser pesquisado de forma que revele as intenções dos indivíduos antes mesmo deste realizar um comportamento.

Mesmo se imprecisas, tendenciosas ou irracionais, as crenças produzem atitudes, intenções e comportamentos consistentes (Geraerts et al., 2008). Por exemplo, um comportamento ocorre quando um homem tem crenças que fazer um exame preventivo depende dele e que será mais fácil fazê-lo se pessoas próximas o apoiarem. Assim, as crenças são consideradas o primeiro passo na tentativa de prever intenções e comportamentos. A TAP, portanto, pode servir como panorama explicativo de inúmeros comportamentos no campo da atenção à saúde, aplicando-se inclusive à saúde do homem, pois seria utilizada para tentar aprofundar o entendimento a respeito de aspectos comportamentais relativos à baixa adesão masculina às práticas preventivas (Amorim et al., 2011).

Muitas vezes relacionados às questões de gênero, os estudos com público masculino relatam a concepção de masculinidade como elemento iniciador de preconceito, no qual o cuidado com a saúde é visto, na maioria das vezes, como atributo feminino (Couto & Gomes,

2012). Essa crença se torna mais relevante quando é exposto o alto índice de homens que morrem por não procurarem serviços primários de saúde, por não realizarem exames preventivos que poderiam auxiliar no diagnóstico precoce e até mesmo evitar o aparecimento de doenças (Dela Coleta, 2010). Um dos exemplos mais comuns nesse assunto é a baixa adesão a exames preventivos para o câncer de próstata.

Entende-se que a TAP pode auxiliar os pesquisadores sociais e da saúde a entender os fatores únicos que induzem uma pessoa a engajar-se no comportamento de interesse. Logo, estudar a saúde do homem e as crenças que permeiam sua adesão a determinados comportamentos de saúde podem ajudar a esclarecer a não procura por atendimento médico, bem como indicar possíveis focos de intervenção com vistas à diminuição do índice de morbimortalidade nesse público.

Enfim, neste capítulo se apresenta o modelo de predição comportamental da TAP, focando na importância que a predição comportamental tem diante da criação de estratégias de adesão à exames preventivos para a saúde do homem. Este capítulo está dividido em quatro partes: inicialmente, ele aborda a TAP como um modelo de previsão de comportamentos, conceituando e expondo o desenho metodológico da teoria. Em seguida, traz os cuidados metodológicos que os pesquisadores devem ter ao mensurar os elementos da TAP. Depois fala da relação entre TAP e saúde e por fim narra como cuidados preventivos, a exemplo dos cuidados frente ao câncer de próstata, podem possibilitar estudos que servirão como fonte de explanação e intervenção de cuidados em saúde.

Predição do comportamento: Teoria da Ação Planejada

A TAP é uma extensão da TAR (Ajzen & Fishbein, 1980), que se fez necessária devido a limitações do modelo original em lidar com comportamentos sobre o qual as pessoas têm controle volitivo incompleto. Assim como na TAR, um fator central na TAP é a intenção do indivíduo para executar um determinado comportamento. As intenções, nesta teoria, são

assumidas para capturar os fatores motivacionais que influenciam o comportamento, caracterizando-se enquanto indicações de como as pessoas estão dispostas a executar uma ação e quão esforçadas estão para realizar o comportamento. Assim, como regra geral entende-se que quanto mais forte a intenção de envolver-se em um comportamento, mais provável deve ser sua execução (Ajzen, 2014).

Para Ajzen (2012), no nível mais básico de explicação, a TAP postula que o comportamento é uma função das crenças salientes relevantes para o comportamento. Eles distinguem três tipos de crenças salientes: crenças comportamentais que são assumidas para influenciar atitudes em relação ao comportamento, crenças normativas que constituem os determinantes subjacentes de normas subjetivas e crenças de controle que fornece a base para a percepção de controle comportamental.

De forma geral, as atitudes (formadas por crenças comportamentais) dizem respeito à influência pessoal sobre o comportamento e correspondem ao julgamento da pessoa para realização do mesmo como bom ou ruim, demonstrando sua favorabilidade ou não à ação. As normas subjetivas (formadas por crenças normativas) se referem à percepção da pessoa sobre a pressão que a sociedade exerce sobre o sujeito, incentivando ou não a execução do comportamento. Já a percepção do controle (formada por crenças de controle) diz respeito à presença de fatores que possam facilitar ou impedir o desempenho do comportamento, ou seja, às crenças da pessoa acerca do grau de facilidade ou dificuldade em executar uma determinada ação. Dessa maneira, atitudes, normas e percepção do controle levam, conjuntamente, à formação das intenções comportamentais, predizendo comportamentos.

A TAP é uma teoria concebida para prever e explicar o comportamento humano em contextos específicos (Ajzen, 2001). Embora a TAR tenha tido a mesma base da TAP, a inserção da variável controle percebido tornou a TAP mais significativa para muitos

pesquisadores da área. A suposição de Ajzen (2012) a respeito dessa inclusão foi baseada na ideia de que, geralmente, a motivação e a capacidade de interagir exercem efeitos sobre a ação.

A percepção do controle comportamental diz respeito a expectativa de uma pessoa em relação à sua capacidade em desempenhar um comportamento (Ajzen, 2012), influenciado por recursos e crenças de que pode superar qualquer obstáculo que lhe apareça. Os primeiros trabalhos com o modelo da TAP mostraram significativas correlações entre as medidas de percepção de controle e do desempenho real do comportamento (Ajzen & Madden, 1986). A partir desses trabalhos foi evidenciado que quando o indivíduo acredita haver fatores que facilitam o desempenho de seu comportamento, como por exemplo fatores que o ajudem a controlar o consumo de sal, ele terá maior chance de incorporar a intenção “x” ao comportamento “y” com eficácia. Isso revela a importância da percepção de controle do indivíduo como variável preditora, seja indiretamente por meio da intenção em realizar uma ação ou diretamente por meio de sua execução.

Na TAP, a percepção de controle comportamental, em conjunto com a intenção, pode ser usada diretamente para prever o comportamento humano. Segundo Ajzen (1991), há ao menos duas razões para se crer nisso. A primeira diz que ao manter sua intenção constante, o esforço despendido para que o comportamento seja bem sucedido é suscetível de aumentar a partir da percepção de controle do sujeito. A segunda razão se refere à influência direta entre a percepção de controle e o comportamento, na qual muitas vezes essa variável pode ser usada como uma substituta para uma medida de controle real. Ainda de acordo com Ajzen (2012), se uma medida de percepção de controle pode substituir uma medida de controle real depende, é claro, da precisão das percepções do sujeito. Assim, na medida em que a percepção de controle é realista, ela pode ser utilizada para prever a probabilidade de um comportamento bem sucedido (Ajzen, Albarracín, & Hornik, 2007).

Na TAP, quando a percepção de controle é muito baixa, a probabilidade de que um indivíduo execute uma ação preventiva também é baixa, mesmo que o indivíduo tenha clareza sobre a importância de adotar tal comportamento e avalie positivamente as consequências eventuais da ação. Esse problema de controlabilidade do comportamento foi um dos principais responsáveis pela criação da TAP (Ajzen, 1991).

Na Figura 1 pode ser observado o modelo da TAP indicando que quanto mais positiva for a avaliação sobre o comportamento e a percepção de que as pessoas que lhes são importantes acham que deve realizá-lo, maior será a intenção em realizar tal ação (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980). A percepção de controle também tem demonstrado ser um importante elemento preditor (Bamberg, Ajzen, & Schmidt, 2003). As intenções auxiliam na motivação a realizar tal comportamento, mas a ação depende também do maior ou menor controle que o sujeito acredita ter sobre sua ação. Não obstante, se a atitude e a norma são favoráveis, o controle percebido deverá ser maior e a intenção deverá ser mais forte.

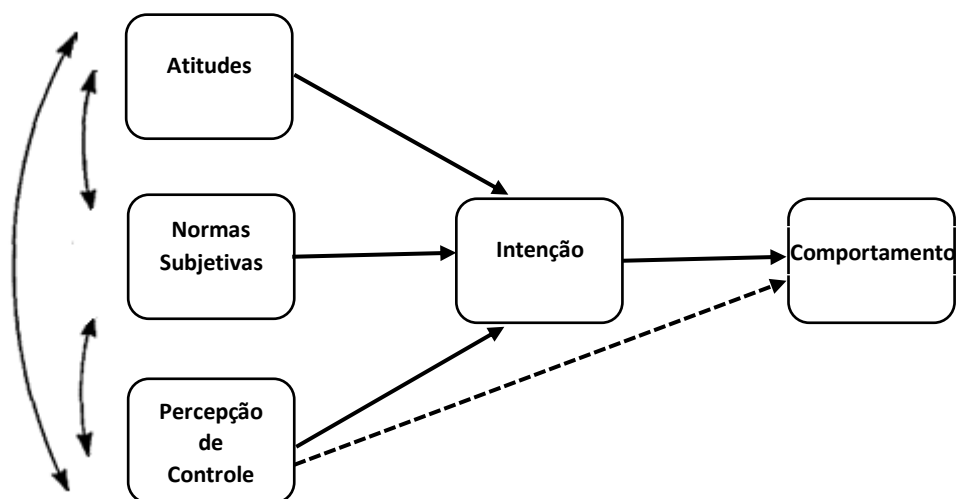


Figura 1. Modelo traduzido da Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1991).

Na TAP, a intenção funciona como um plano comportamental que, associado a recursos e oportunidades apropriadas (por exemplo, tempo, dinheiro, habilidades, cooperação dos outros), permite que o comportamento seja alcançado (Ajzen, 2012). Coletivamente, esses

recursos representam o real controle sobre o comportamento. Na medida em que uma pessoa tem oportunidades e recursos, sua intenção de realizar o comportamento será mais forte, o que levará a ter êxito ao realizá-lo. Porém, a intenção nem sempre determina o sucesso do comportamento e sua definição deve ser clara para que sua predição não seja arriscada (Moutinho & Roazzi, 2010).

De acordo com Ajzen (2006), é importante que as medidas de comportamento e das variáveis da TAP sigam um princípio de compatibilidade, ou seja, as medidas devem averiguar o alvo (por exemplo, a prática de um exame preventivo), a ação (se ela é regular), o contexto e o período de tempo (ao longo dos próximos 12 meses), a fim de obter fortes relações entre os componentes do modelo. Cabe ressaltar que é esperado que o grau de atitude, norma subjetiva e percepção de controle variem na predição da intenção de acordo com as situações em análise. Assim, em algumas situações somente as atitudes podem apresentar um impacto significativo sobre as intenções, em outras, as atitudes e percepção de controle são suficientes para explicar intenções. Porém, pode haver situações em que todas as três variáveis da teoria se mostrarão preditores do comportamento, mesmo que independentes uma da outra (Ajzen, 2011a; Ajzen & Fishbein, 1980).

Cuidados metodológicos na aplicação da Teoria da Ação Planejada

Embora a TAP seja uma excelente teoria, mesmo quando todas as suas construções são cuidadosamente avaliadas elas contêm alguns erros de medição. Isso ocorre porque as medidas de atitude são bem concebidas para um comportamento, porém é necessário avaliar em conjunto a norma subjetiva, o controle comportamental percebido, a intenção diante da ação e o próprio comportamento.

Em teoria, para que se tenha uma excelente predição é necessário que haja confiabilidade, isto quer dizer que o ideal seria um coeficiente de correlação maior que 0,75 ou 0,80. Porém, mesmo com uma boa medida, o máximo que se pode esperar em termos de

correlações entre as variáveis da TAP são coeficientes de cerca de 0,60. Esse dado pode ser observado em pesquisas que utilizaram a TAP como base e mostraram que, mesmo quando os estudos com medidas questionáveis estão incluídos nos trabalhos, as correlações médias observadas abordam alguns limites teóricos (Ajzen, 2011b). Ainda de acordo com Ajzen, ao realizar uma síntese dos resultados de várias metanálises foi possível detectar uma correlação média geral de 0,40 entre intenção e controle percebido e 0,53 entre intenção e comportamento.

Por meio de tais metanálises foi possível deduzir que a correlação da intenção e comportamento, embora seja bastante substancial, pode variar consideravelmente de acordo com o objeto (Albarracin et al., 2014; Cooke & French, 2008; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011). É lógico que com o passar do tempo, um número crescente de eventos pode mudar as crenças comportamentais, normativas e de controle das pessoas, modificando atitudes, normas subjetivas e percepções de controle, gerando assim uma possível reavaliação das intenções. Mudanças deste tipo tendem a reduzir a validade preditiva das intenções que foram avaliadas antes das mudanças ocorrerem (Ajzen, 2006).

Corroborando este argumento, Ajzen (2011b) aponta para o fato de que intervalos mais curtos entre a avaliação das intenções e a observação do comportamento podem estar associados com correlações mais fortes do que os intervalos de tempo mais longos. Não obstante, a falta de controle efetivo sobre determinado comportamento pode reduzir a validade preditiva das intenções. Uma baixa correlação entre controle percebido e comportamento sugere que percepções de controle, às vezes, podem não ser suficientemente precisas para servir como um bom substituto para o controle real.

Uma crítica frequentemente usada contra a TAP e outros modelos de ação racional é que tais modelos são muito racionais, fazendo com que não abarquem suficientemente os processos cognitivos e afetivos que são conhecidos por vieses, como os julgamentos a alguns comportamentos humanos. A TAP enfatiza os aspectos do processamento de informação

humana e da tomada de decisão, sua preocupação é principalmente com comportamentos que são orientados por processos de autorregulação consciente. Este fato foi, durante algum tempo, mal interpretado como se isso significasse que os seres humanos reveem todas as informações disponíveis antes da ação, numa forma isenta de chegar a uma decisão. Na realidade, a teoria desenha uma imagem muito mais complexa a respeito do processo que envolve a previsão comportamental.

Talvez os fatores mais frequentemente mencionados e negligenciados na TAP sejam os afetos e as emoções (Ajzen, 2011b). Esta preocupação é baseada em parte na percepção equivocada de que a teoria postula que a razão não é afetada por emoções e, em parte, pelo padrão metodológico que é normalmente usado para operacionalizar construções da teoria. De acordo com Ajzen (2011a), afetos e emoções entram de duas formas na TAP: como pano de fundo ou ajudando a selecionar as crenças que são facilmente acessíveis na memória.

Em relação à intenção e ao comportamento, o último pode ser interrompido se os participantes vivenciam um estado afetivo, isto é, quando as suas intenções são avaliadas por outras pessoas e quando eles realizam, de fato, o comportamento. De acordo com a TAP, as crenças fornecem a base cognitiva para atitudes, normas e controle percebido. Assim, quando diferentes crenças são ativadas no contexto de pesquisa e do comportamento, elas vão produzir diferentes atitudes, normas subjetivas e percepções de controle, resultando em diferentes intenções. Se a intenção não for bem avaliada na fase de investigação, será um preditor pobre do comportamento real (Ajzen, 2011b).

Outro ponto importante a ser levado em consideração durante a investigação de um comportamento e sua predição diz respeito aos cuidados com o contexto de medição, haja visto que as crenças podem ser influenciadas de acordo com o ambiente da pesquisa. Isso ressalta o fato de que os pesquisadores devem escolher a forma mais adequada para sua pesquisa (há formas diretas e indiretas de mensuração), buscando controlar fatores externos e internos que

podem enviesar os dados e ser ineficaz para fazer previsões comportamentais. Logo, cabe aos pesquisadores decidirem previamente o melhor desenho de sua pesquisa, para que esta possa mensurar o que o modelo propõe e acrescentar fatos consistentes à literatura.

Relação TAP e saúde: Predição do comportamento em saúde

Pesquisas afirmam que o comportamento afeta nossa saúde diretamente e na maioria das vezes mudar estes comportamentos é o foco dos cuidados de saúde. Por isso, mobilizar os indivíduos para que mudem seus hábitos de vida pode ser uma fonte potencial para melhorar a saúde (Gomes & Nascimento, 2006; Moyer, 2012). Do mesmo modo, avaliar as atitudes e os demais construtos da TAP pode esclarecer, por exemplo, porque alguns homens fazem os exames preventivos do câncer de próstata ou porque algumas pessoas conseguem parar de fumar, enquanto outras não (Moutinho & Roazzi, 2010).

A TAP tem sido usada para explicar como os comportamentos de saúde e as campanhas que têm como foco seus elementos podem ser mais eficazes em termos de previsibilidade, obtendo resultados importantes. Alguns estudos revelam o peso dos construtos da TAP na previsibilidade de comportamentos em saúde, como no autoexame da mama (Gonçalves & Dias, 1999) e doação de sangue (Giles, Mcclenahan, Cairns, & Mallet, 2004). Além desses estudos, há algumas revisões de literatura e metanálises que mencionam a aplicação da TAP em enfermidades como a AIDS, a prática de exercícios físicos, a cessação do tabagismo, o controle de dietas, o consumo de álcool ou drogas, entre outros (Godin & Kok, 1996; McEachan et al., 2011). Logo, estudar a intenção e as crenças que permeiam a adesão de homens a determinados comportamentos de saúde poderá beneficiar esta população, visto que o não cuidado acarreta mais óbitos e conseqüentemente o agravamento dos problemas de saúde pública (Suhrccke, McKee, & Sauto Arce, 2005).

De acordo com Fishbein (1980), os sujeitos não realizam uma ação por serem homens ou mulheres, velhos ou jovens, adultos ou crianças, mas sim porque acreditam que aquela ação

pode lhe trazer mais consequências positivas do que negativas. Por exemplo, um homem não realiza o exame do toque por achar que é jovem demais para morrer, e sim por acreditar que aquele exame pode trazer consequências positivas, como o diagnóstico precoce que poderá salvar sua vida. A capacidade que a TAP tem em prever de forma eficaz e explicar o comportamento relacionado com a saúde tem sido considerada importante a cada nova pesquisa, já que tem aumentado o número de pesquisadores e profissionais envolvidos com o desenvolvimento de intervenções para mudar comportamentos desadaptativos. Esta teoria tem sido bem popular em saúde, visto que seu modelo é claramente operacionalizado, ou seja, ele deixa claro como se deve medir, analisar e desenvolver intervenções (Ajzen, 2006; McEachan et al., 2011). É um modelo que além de proporcionar conhecimentos sobre comportamentos específicos, permite fazer intervenções direcionadas, aumentando sua eficácia.

Na literatura há trabalhos informando que o tipo de comportamento pode exercer um impacto moderado sobre a eficácia da TAP; isto quer dizer que a eficácia do modelo varia dependendo do tipo de comportamento. Por exemplo, na revisão realizada por Godin e Kok (1996) foi possível perceber que comportamentos clínicos e de triagem foram mal previstos pelo modelo (tendo uma variância explicada de 15%), enquanto os comportamentos relacionados com o vírus HIV foram relativamente bem previstos (42% da variância). Isso ressalta a importância de se pesquisar comportamentos específicos, uma vez que comportamentos generalistas podem não ser bem previstos pelo modelo.

Os estudos em saúde que usam a TAP permitem aos leitores e pesquisadores ter noção do seu valor heurístico e sua aplicação aos problemas de saúde. Existe evidência de satisfatória utilidade preditiva da TAP em comportamentos como uso do preservativo (Albarracin, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001), comportamento de triagem (Cooke & French, 2008), entre outros. De alguma forma, tais pesquisas ressaltam o que Ajzen e Fishbein (1980) narraram em seu trabalho, esclarecendo que as variações no tamanho das relações entre construções são

suscetíveis a comportamentos e populações diferentes, o que remete a importância de mais estudos com objetos diferentes, a fim de identificar o alvo mais adequado para o desenvolvimento de intervenções eficazes. As pesquisas que se têm até então servem como ponto de partida para novas pesquisas, que objetivam esclarecer como diferenças e semelhanças entre comportamentos podem facilitar a forma como se pode alterar ou prever comportamentos (McEachan, Lawton, & Conner, 2010).

Um bom exemplo de estudo em saúde com aplicabilidade da TAP é o de Zetmore e Ajzen (2014), que examinou se uma escala de 9 itens feitos com base na TAP era capaz de prever o melhor tratamento para o abuso de substâncias. Foram medidas as atitudes relacionadas com o tratamento, as normas, o controle percebido e a intenção. A atitude e a percepção de controle previram a intenção, sendo a intenção positivamente associada com a conclusão do tratamento. Esse e outros estudos mostram que um bom indicador da utilidade de modelos como a TAP pode ajudar a projetar intervenções eficazes que produzam mudanças cognitivas e comportamentais (Fishbein, 1997).

Enfim, os resultados dessas e de outras pesquisas auxiliam profissionais de saúde a desenvolver estratégias de intervenção com base no público estudado e nas suas crenças, porém até então há poucos estudos nacionais que fazem uso dessas teorias e das relações entre TAP e comportamentos de saúde, principalmente voltados a saúde masculina. Deste modo, evidencia-se a relevância de mais estudos que contribuam com adaptação em saúde.

Cuidados preventivos no câncer de próstata e Teoria da Ação Planejada: Possibilidades de estudo

No Brasil, a preocupação com a saúde masculina encontra-se traduzida na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que busca “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população” (Brasil, 2009, p. 36). Nesse sentido, a

quantidade de pesquisas acerca da relação homens e saúde aumenta a cada ano, sobretudo direcionadas aos temas acesso e uso de serviços (Figueiredo, 2005) e perfis de morbimortalidade (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2005). É perceptível que as relações entre cuidados em saúde e masculinidade têm sido investigadas com base na concepção de gênero, focalizando nas dificuldades que muitos homens têm em procurar serviços de saúde.

Em geral, os homens padecem mais de condições severas do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte no mundo (Courtenay, 2000). Todavia, apesar das taxas masculinas apontarem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que eles procuram menos os serviços de saúde (Figueiredo, 2005). Enquanto as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres) (Pinheiro, Viacava, Travassos, & Brito, 2002). Isso pode estar associado à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (Courtenay, 2000), e essa busca só ocorre quando não há mais escapatórias disponíveis. Assim, os estudos nessa área tendem a apontar a necessidade de reflexão sobre a masculinidade para uma compreensão dos comportamentos em saúde de homens que podem levar a um maior comprometimento.

Para Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero, isto é, com a noção de invulnerabilidade, a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde e mostraria, em sua concepção, seu ponto fraco. Romper com a concepção de homem atualmente reduzida a indivíduos passivos em relação a própria saúde, resgatando sua dimensão social e política enquanto sujeitos protagonistas do próprio cuidado, contribuirá para a prevenção e promoção da saúde desse público (Medrado, Lyra, & Azevedo, 2011).

Dentre as doenças que mais acometem os homens e que poderiam ser melhor investigadas dentro do contexto comportamental está o câncer de próstata. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) referentes a 2014, este tipo de câncer representa 70% dos diagnósticos de câncer em homens brasileiros, registrando em média 70 mil novos casos por ano no país e mais de 13 mil mortes. Para o ano de 2016 estimam-se 61.200 casos novos de câncer de próstata no Brasil. As altas taxas de morbimortalidade dessa neoplasia já a caracterizam como a segunda mais comum, sendo superada apenas pelo câncer de pele não melanoma (Paiva, Motta, & Griep, 2011). Ainda de acordo com o INCA (2002), 95% da prevalência do câncer de próstata são diagnosticados em homens com faixa etária entre 45 e 89 anos de idade, sendo que metade deles chega a desenvolver metástases. Dessa forma, diagnosticar e começar o tratamento precocemente são estratégias para aumentar a chance de sobreviver e diminuir os custos com a saúde no país (Amorim et al., 2011).

Mesmo sem sintomas, a Sociedade Brasileira de Urologia [SBU] (2003) recomenda que os homens que têm acima de 50 anos e os que têm 40 anos com histórico familiar de câncer de próstata busquem anualmente um urologista para fazer *check-up* da próstata. Para prevenir o câncer de próstata há alguns exames, dentre os quais destaca-se o exame do toque retal (ETR), que é considerado o método de maior acurácia diagnóstica nesses casos.

O ETR é uma medida preventiva de baixo custo para o governo, porém é um procedimento que desperta preconceitos e afeta o imaginário dos homens, levando-os a pensar que ao realizar o exame sua masculinidade poderá ser modificada, elevando a não procura por atendimento médico. Para Gomes (2003), fazer esse exame pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”, associando o exame à dor e ao desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado. Esse desconforto está, na maioria das vezes, relacionado ao preconceito. Por exigir contato corporal com a região anal do homem, o exame tem sido alvo de preconceitos, levando a pouca adesão. A baixa adesão ao exame do toque é um reflexo da

baixa adesão dos homens aos serviços de atenção primária e, em muitos casos, do pouco conhecimento acerca da relevância dos exames preventivos.

Para alguns autores (Couto & Gomes, 2012; Gomes, 2003), o preconceito em saúde relaciona-se com a concepção de masculinidade e machismo, na qual muitos homens acreditam que são fortes e por isso não precisam fazer exames preventivos, considerando o cuidado em saúde função feminina. Essa crença de que o cuidado é função feminina, aponta para algumas questões de gênero e machismo, que se mostram mais relevantes quando se constata o alto índice de homens que poderiam ter a chance de morte reduzida para determinadas doenças se realizassem exames preventivos (Dela Coleta, 2010), como o ETR.

Outra coisa comumente associada ao ETR é o medo de ter uma ereção enquanto realiza o exame, mesmo que seja apenas uma reação fisiológica (Moyer, 2012). Destarte, não se pode deixar de pensar nos constrangimentos que muitos homens sentem ao realizar o exame, mesmo aqueles que procuram ser mais racionais frente à sua realização. Por conseguinte, não há como desconsiderar aspectos simbólicos que interferem na intenção e decisão de realizar o exame, uma vez que o toque retal pode ser visto como comprometimento da virilidade e da masculinidade (Gomes, Skaba, & Vieira, 2002).

Como o ETR, outros exames preventivos são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda há baixa procura. Apesar de a população masculina ser conscientizada sobre a importância de realizar exames preventivos, ainda há uma forte rejeição por exames, em especial o ETR, devido a crenças distorcidas ou sobre o papel do homem em seu próprio cuidado. Ressalta-se que quanto mais invasivo o exame é considerado, maior é a chance de ele ser alvo de preconceitos e de resistência, levando a uma baixa adesão (Gomes, 2003). Essa baixa adesão relatada na literatura culmina no interesse por conhecer as questões psicológicas e sociais associadas à motivação para realização de exames preventivos, e é neste sentido que a TAP se mostra capaz de auxiliar a identificar crenças ligadas a este tipo de ação.

Estudos relatam que muitos homens ainda acreditam que são fortes e não necessitam de cuidados, principalmente cuidados primários (Couto & Gomes, 2012; Gomes, 2003). As crenças ficam mais evidentes quando é exposta a baixa adesão de homens a exames preventivos que poderiam auxiliar no diagnóstico precoce de doenças (Dela Coleta, 2010). Dessa forma, acredita-se que compreender as crenças dos homens é importante para traçar estratégias de adesão a exames preventivos que sejam mais eficazes com os homens.

O ETR, por exemplo, tem sua significação influenciada pelas crenças que os sujeitos têm sobre a doença e, sobretudo, pela percepção de sua gravidade (Paiva et al., 2011). Estas crenças se desenvolvem de acordo com as expectativas sobre o exame e os conhecimentos adquiridos no senso comum, podendo influenciar a forma como os sujeitos aderem ao exame. Crenças negativas ou distorcidas podem fazer com que, mesmo reconhecendo a importância do cuidado, os homens não façam o exame por acreditar que não terão câncer ou qualquer outra enfermidade (Gomes, 2003; Moyer, 2012).

Em vista disso, muitos estudos têm sido realizados, em diversas áreas, buscando-se conhecer o perfil dos homens que mais procuram atendimento preventivo; rastreamento e epidemiologia; qualidade de vida, ansiedade e depressão de homens com alguma enfermidade; as crenças envolvidas no cuidado; as intenções em realizar algum comportamento de saúde e os comportamentos que, de fato, concretizam-se. Tais pesquisas são importantes, pois deram início ao conhecimento e motivam mais pesquisadores a irem em busca de respostas, sejam para confirmar os dados que já se tem na literatura ou para refutá-los. A TAP permite que se investigue inúmeros comportamentos em saúde e há diversas possibilidades de estudo com seu modelo teórico. Dessa forma, enfatiza-se novamente a importância de pesquisas com a TAP aplicada a contextos de saúde, que podem servir para auxiliar na criação de estratégias interventivas direcionadas a públicos específicos, tornando-as mais eficazes.

A elaboração de estratégias para modificação de crenças negativas ou distorcidas se faz importante para aumentar a probabilidade de adesão dos homens a exames preventivos. Com isso, são importantes estudos que contribuam para a avaliação de crenças e intenções que permeiam o comportamento de homens frente aos cuidados em saúde, considerando o impacto que cada crença tem e que podem ser trabalhadas sob a ótica dos modelos de explicação de comportamentos. Portanto, uma das formas de contribuir com essa temática consiste em pesquisar gênero mensurando elementos como atitudes, normas e percepção de controle, de modo a avaliar as principais crenças e intenções comportamentais, com o intuito de prever comportamentos e criar estratégias eficazes de adesão à prevenção primária.

Considerações Finais

A TAP possui um desenho completo e há evidências de que possui significativa capacidade de predição do comportamento, identificando crenças comportamentais, subjetivas e de controle, como foi possível observar ao longo deste capítulo. Por ser um modelo explicativo que mensura e analisa crenças e comportamentos, ele se tornou útil em pesquisas sociais e em saúde, pois auxilia a desenvolver intervenções com base em ações específicas, maximizando o efeito das estratégias interventivas. Acredita-se, então, que conhecer as crenças que antecedem qualquer comportamento em saúde é essencial para identificar as crenças distorcidas que estão envolvidas na adesão a exames preventivos como o ETR.

Julga-se importante recomendar que novas pesquisas com a TAP se fazem necessárias, pois isso permitiria ampliar o conhecimento quanto aos principais preditores psicológicos envolvidos em comportamentos preventivos, o que é essencial para intervir no campo da saúde masculina. Espera-se que este capítulo possa incentivar mais pesquisadores a utilizarem a TAP aplicada a comportamentos de saúde pouco investigados, dando abertura a novas aplicabilidades do modelo da TAP frente a outras enfermidades.

A TAP pressupõe que há três tipos de crenças que podem influenciar a ação humana: as comportamentais (formam as atitudes), as normativas (formam as normas subjetivas) e as de controle (formam a percepção de controle). Diante disso, julga-se importante destacar em que medida os conteúdos aqui relacionados se aplicam ao cotidiano da intervenção psicológica em temáticas da saúde. Por exemplo, por meio da compreensão das atitudes seria possível desenvolver programas de orientação ou intervenções direcionadas ao afeto e à avaliação das consequências do comportamento que o sujeito emite (ou deixa de emitir). Isto quer dizer que ao se intervir com foco na mudança de atitude, a avaliação negativa sobre um comportamento preventivo pode tornar-se positiva, e vice-versa. Logo, identificar atitudes específicas auxilia profissionais e pesquisadores a identificar onde intervir objetivamente.

A detecção e modificação de crenças também permite uma ação mais pontual sobre preditores do comportamento. Por exemplo, ao se evidenciar crenças distorcidas comuns, é possível intervir sobre os modos de interpretação de risco e importância de exames preventivos. Além disso, as crenças de controle também podem ser alvo de intervenção visando à mudança. Como ilustração disso, se o sujeito acredita que não pode realizar o ETR porque não tem controle sobre uma possível ereção, profissionais da atenção primária podem desenvolver estratégias que desmistifiquem aspectos relativos à questão da sexualidade e o ETR.

Em suma, há diversas formas de intervir utilizando os conhecimentos adquiridos por meio da TAP e todas elas influenciam diretamente na intenção do sujeito em realizar ou não o comportamento. Intervir sobre a intenção é essencial para mudar comportamentos indesejáveis e favorecer os desejáveis, mas isso só será possível ao conhecer os construtos que antecedem a ação, fazendo com que os sujeitos prestem atenção em suas atitudes, normas e no controle que acredita ter, a fim de ajudá-los a mudar suas próprias intenções.

Por fim, cabe realçar que apesar da importância e atualidade do tema, percebe-se que ainda há poucos estudos relatados na literatura sobre crenças de homens em relação ao câncer

de próstata e seus exames preventivos. Diversos estudos buscam focar nos conhecimentos, práticas e atitudes de homens diante da doença, esquecendo que as crenças estão diretamente relacionadas com o comportamento e que são elas que auxiliam as atitudes, as normas e a percepção de controle que levam à intenção e, conseqüentemente, à previsão de comportamentos. Dito isto, considera-se importante pesquisar as crenças e demais construtos da TAP aplicadas a contextos sociais e da saúde, prevendo comportamentos específicos e traçando estratégias pontuais de intervenção e adesão, pois já se sabe que conhecer as crenças ajuda a compreender as razões para o engajamento ou não numa determinada ação.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Recuperado em 14 de março de 2016, de <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>.
- Ajzen, I. (2011a). Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. In M. M. Mark, S. I. Donaldson, & B. C. Campbell (Eds.), *Social Psychology for Program and Policy Evaluation* (pp. 74-100). New York: Guilford.
- Ajzen, I. (2011b). The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995
- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 438-459). London: Sage.
- Ajzen, I. (2014). The theory of planned behavior is alive and well, and not ready to retire: A commentary on Sniehotta, Pesseau, and Araujo-Soares. *Health Psychology Review*, (ahead-of-print), 1-7. doi: 10.1080/17437199.2014.883474

- Ajzen, I., Albarracín, D., & Hornik, R. (2007). *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predictive social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude–behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Orgs.), *European review of social psychology* (pp. 1-33). New York: John Wiley & Sons. doi:10.1080/14792779943000116
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ajzen, I., & Cote, N. G. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 289-311). New York: Psychology Press.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.142.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., & Zanna, M. P. (2014). *The handbook of attitudes*. New York: Psychology Press.
- Amorim, V. M. S. L., Azevedo Barros, M. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M. C. G. P. (2011). Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: Um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, 27, 347-356.

- Bamberg, S., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2003). Choice of travel mode in the theory of planned behavior: The roles of past behavior, habit, and reasoned action. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 175-188. doi:10.1207/S15324834BASP2503_01
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23(7), 745-765. doi: 10.1080/08870440701544437
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A Theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: A equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2569-2578.
- Dela Coleta, M. F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças*, 18, 69-78. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p69-78
- Ferreira, M. C. (2010). A psicologia social contemporânea: Principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 51-64.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 105-109.
- Fishbein, M. (1997). Predicting, understanding, and changing socially relevant behaviors: Lessons learned. In C. McGarty & S. A. Haslam (Eds.), *The message of social psychology* (pp. 77-91). Oxford, UK: Blackwell.
- Geraerts, E., Bernstein, D. M., Merckelbach, H., Linders, C., Raymaekers, L., & Loftus, E. F. (2008). Lasting false beliefs and their behavioral consequences. *Psychological Science*, 19(8), 749-753. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02151.x.

- Giles, M., Mcclenahan, C., Cairns, E., & Mallet, J. (2004). An application of the theory of planned behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research, 19*, 380-391. doi: 10.1093/her/cyg063
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*, 87–98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: Proposta para uma análise. *Revista Ciência e Saúde Coletiva, 8*, 825-829.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Coleção: criança, mulher e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gomes, R., & Nascimento, E. F. (2006). A produção do conhecimento da saúde. *Caderno de Saúde Pública, 22*, 901-911.
- Gomes, R., Skaba, M. N. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: Proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública, 18*, 197-204.
- Gonçalves, S. M. C. M., & Dias, M. R. (1999). A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: Um estudo de crenças. *Estudos de Psicologia, 4*, 141-159.
- Instituto Nacional de Câncer. (2002). *Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata* (Documento de consenso). Rio de Janeiro: INCA.
- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre la masculinidade: Nuevos aportes. *Isis International – Ediciones de Las Mujeres, 17*, 129-138.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. D. M., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Epidemiological profile of men: Morbidity and mortality. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*, 35-46.

- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. doi: 10.1080/17437199.2010.521684
- McEachan, R. R., Lawton, R. J., & Conner, M. (2010). Classifying health-related behaviours: Exploring similarities and differences amongst behaviours. *British Journal of Health Psychology*, 15(2), 347-366. doi: 10.1348/135910709X466487
- Medrado, B., Lyra, J., & Azevedo, M. (2011). “Eu não sou só próstata, eu sou um homem!” Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes, R. (Org.), *Saúde do homem em debate* (pp. 39-74). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: Relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9, 279-287.
- Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: Us preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 157, 120-134. doi:10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459
- Paiva, E. P., Motta, M. C. S., & Griep, R. H. (2011). Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 73-80.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. D. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 687-707. doi: 10.1590/S1413-81232002000400007
- Romano, J. L., & Netland, J. D. (2008). The application of the theory of reasoned action and planned behavior to prevention science in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 36, 777-806. doi: 10.1177/0011000007301670
- Sociedade Brasileira de Urologia. (2003). *Doenças da próstata: Vença o tabu*. Rio de Janeiro: Elsevier/Sociedade Brasileira de Urologia.

- Suhrcke, M., McKee, M., & Sauto Arce, R. (2005) *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Weber, K, Martin, M., & Corrigan, M. (2007). Real donors, real consent: Testing the theory of reasoned action on organ donor consent. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 2435-2450. doi: 10.1111/j.1559-1816.2007.00265.x
- Zemore, S. E., & Ajzen, I. (2014). Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 174-182. doi: 10.1016/j.jsat.2013.06.011

– CAPÍTULO II –

ARTIGO EMPÍRICO 1

Crenças em saúde acerca do exame do toque retal²

Geovanna Santana de Souza, Mestranda em Psicologia Social pela UFS

André Faro, Doutor em Psicologia e Docente no PPGPSI/UFS

Resumo

Este trabalho buscou identificar as principais crenças de homens acerca do Exame do Toque Retal, comparando as respostas de homens que o fizeram (G1) e dos que ainda não o fizeram (G2). Participou deste estudo 174 homens, entre 40 e 70 anos, com média de 54,0 anos. Para coleta dos dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, além da técnica de evocação de palavras, utilizando o termo indutor ‘exame do toque retal’. Entre os homens do G1, as evocações relacionadas à *suscetibilidade e gravidade* do câncer de próstata, bem como as crenças associadas aos *benefícios* do exame, foram mais enfatizadas do que as evocações relacionadas às *barreiras*. Entre os homens do G2, também se destacaram crenças voltadas à *suscetibilidade* ao câncer de próstata e aos *benefícios* de realizar o exame. Estes resultados sinalizam importantes desafios concernentes a essa temática e revelam ainda as principais dificuldades para a não adesão ao Exame do Toque Retal, que podem servir de base para intervenções de adesão mais específicas e eficazes.

Palavras-chave: Modelo de Crenças em Saúde; Exame do Toque Retal; Câncer de Próstata.

²Artigo submetido a Revista Psicologia USP em 20 de março de 2017.

Health beliefs about the digital rectal exam

Abstract

This study aimed to identify the main beliefs from men about the Digital Rectal Exam comparing the responses of men who did the exam (G1) and those who have not done the exam (G2). A total of 174 men, aged between 40 and 70 years old (mean = 54.0), participated. We used a questionnaire containing sociodemographic and clinical variables, as well as free evocations using the verbal stimulus 'digital rectal exam'. Among men in G1, the evocations related to the susceptibility and severity of prostate cancer, as well as the beliefs associated with the benefits of the exam, were more emphasized than the evocations related to the barriers. Among G2 men, beliefs about susceptibility to prostate cancer and the benefits of screening were also highlighted. These results indicate important challenges in this area and also reveal the main difficulties for non-adherence to the Digital Rectal Exam, which can serve as a basis for more specific and effective adherence interventions.

Keywords: Health Beliefs Model; Digital Rectal Exam; Prostate Cancer.

Las creencias de salud sobre el examen rectal digital

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar las principales creencias de hombres a cerca del Examen Rectal Digital comparando las respuestas de los que hicieron el examen (G1) y los que no lo han realizado (G2). En este estudio se registraron 174 hombres entre 40 y 70 años con una media de 54,0 años. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas y clínicas, así como la técnica de evocación libre a partir del estímulo ‘examen rectal digital’. Entre aquellos del G1, las evocaciones relacionadas con la susceptibilidad y gravedad del cáncer de próstata, así como las creencias asociadas con los beneficios del examen, fueron más destacados que las evocaciones relacionadas las con barreras. En G2, también se destacaron creencias centradas en la susceptibilidad al cáncer de próstata y los beneficios del examen. Estos resultados indican retos significativos con respecto a este tema y también revelan las principales dificultades en la baja adhesión al Examen Rectal Digital, lo que puede servir como base para intervenciones más específicas y eficaces.

Palabras-Clave: Modelo de Creencias en Salud; Examen Rectal Digital; Cáncer de Próstata.

Les croyances de santé liées aux l'examen toucher rectal

Résumé

Cette étude a le but d'identifier les principales convictions des hommes à propos de l'examen du Toucher Rectal, en comparant les réponses des hommes que se sont soumis au examen (G1) et ceux qui ne se sont pas soumis au examen (G2). Au total, 174 hommes, âgés de 40 à 70 ans, avec une moyenne de 54,0 ans. On a utilisé un questionnaire contenant variables cliniques et socio démographiques et les libres évocations en utilisant le stimulus verbal "toucher rectal". Entre les hommes du groupe G1, les évocations par rapport à la susceptibilité et à la severité du cancer de la prostate, aussi bien que les convictions associées aux bénéfices de l'examen ont été considérées plus importants que les croyences associées aux barrières. Entre les hommes du groupe G2, convictions liées à la susceptibilité au cancer de la prostate et les bénéfices associés au examen ont été aussi soulignés. Ces résultats indiquent importants défis dans ce domaine et aussi révèlent les principales difficultés de la non adhésion au examen du Toucher Rectal, que peuvent servir comme base pour une plus spècifique et effective adhésion à ce type d'examen.

Mots-clés: Modèle des Croyances de Santé; Éxamen Toucher Rectal; Cancer de la Prostate.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde [MS] (Brasil, 2009) os homens morrem mais cedo que as mulheres por buscar atendimento preventivo tardiamente. O Instituto Nacional do Câncer [INCA] (2015) afirma ainda que do total de pessoas entre 20 e 59 anos que morrem no Brasil, 68% são do sexo masculino, sendo o câncer de próstata um dos principais responsáveis, estimando 61.200 novos casos para o Brasil em 2016 (INCA, 2015). Assim, numa tentativa de reverter o alto índice de mortalidade masculina, o MS lançou em 2009 a Política Nacional de Saúde do Homem (PNAISH). A PNAISH tem como objetivo geral “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco” (Brasil, 2009, p. 36).

Nesse contexto, comumente são vistos alguns questionamentos por parte de profissionais da saúde a respeito das dificuldades de adesão a práticas preventivas. Como um possível exemplo que sintetiza as dúvidas, tem-se: Quais os motivos que levam os homens a não procurarem atendimento médico? Qual a influência das crenças sobre determinada doença e dos seus exames preventivos sobre os comportamentos em saúde?

Dentre as principais causas de morte de homens encontra-se o câncer de próstata, doença responsável por mais de 13 mil mortes de homens por ano, o que o caracteriza como uma das enfermidades que apresenta maiores taxas de morbimortalidade entre o público masculino. Uma das maneiras para evitar seu aparecimento e aumentar a chance de cura consiste na realização de exames preventivos e na ida a consultas regulares, de acordo com o (INCA, 2002). Embora ainda haja algumas dúvidas acerca das causas do câncer de próstata e da melhor abordagem para detecção e tratamento, as medidas conhecidas e indicadas de detecção precoce ocorrem por meio da realização do exame de toque retal (ETR) e pela dosagem do antígeno

prostático específico (PSA). Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia [SBU] (2003, 2010), tais exames constituem a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata.

Esses exames preventivos podem ser realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda há baixa procura da população masculina. Embora ambos os exames sejam considerados mais eficazes quando realizados juntos, é relatado que apenas o PSA tem apresentado uma boa procura (Nascimento, Florindo, & Chubaci, 2011), mesmo que o ETR seja mais divulgado em veículos de comunicação como o exame “padrão ouro” para detecção do câncer de próstata precocemente.

Ainda que a população masculina seja conscientizada sobre a importância de realizar os exames preventivos, ainda há uma forte rejeição ao ETR. Por ser um exame que exige contato corporal entre o médico e a região anal do homem, ele tem sido alvo de preconceitos, resistência e, conseqüentemente, de pouca adesão (Gomes, 2003). Isso suscita o investimento em estudos que objetivem conhecer as questões psicológicas e sociais associadas à motivação para realização de exames preventivos como esse.

Os estudos com homens relatam a concepção de masculinidade como elemento iniciador de preconceito (Couto & Gomes, 2012; Gomes, 2003), no qual muitos homens ainda acreditam que são fortes e não necessitam de cuidados, principalmente cuidados preventivos. Essa crença se torna mais relevante quando é exposto o alto índice de homens que morrem por não realizarem exames preventivos (Dela Coleta, 2010), a exemplo dos exames preventivos para o câncer de próstata, que poderiam auxiliar no diagnóstico precoce e até mesmo evitar o aparecimento da doença. Assim, compreender as crenças dos homens se faz importante numa tentativa de buscar diminuir as altas taxas de mortalidade desse público e conhecer informações relevantes que podem melhorar as campanhas de conscientização de exames preventivos. Nesse contexto, acredita-se que alguns modelos cognitivos podem embasar tentativas de busca por respostas.

Um clássico modelo cognitivo que pode contribuir na busca por respostas é o Modelo de Crenças em Saúde (MCS). Ele especifica como os indivíduos representam comportamentos de saúde e quais componentes são importantes para prever comportamentos preventivos (Forshaw & Sheffield, 2012; Taylor, 2015). Originalmente concebida por Rosenstock (1974), o MCS foi desenvolvido para explicar o papel de um número de fatores psicológicos baseados em crenças na tomada de decisões relacionadas aos comportamentos de saúde. Este modelo surgiu na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam corretamente contra certas doenças, mesmo havendo meios preventivos para tal, a exemplo das vacinas (Dela Coleta, 2004; Janz & Becker, 1984). O MCS é um modelo de expectativas de valor, o qual supõe que o indivíduo representa a realização de um comportamento em termos de núcleo e conjuntos previsíveis de crenças, enquadrado como resultados esperados associados com a realização de uma ação, bem como o valor atribuído ao resultado dela.

O MCS propõe que quatro dimensões podem atuar como barreiras ou facilitadores para a modificação e a adoção de comportamentos preventivos em saúde, baseando-se em quatro crenças, sendo duas delas a respeito da enfermidade e as outras duas relacionadas com os comportamentos de saúde (Dela Coleta, 2011). A primeira delas é a *Suscetibilidade percebida*, que é estabelecida pela forma como as pessoas avaliam a probabilidade de riscos a sua saúde resultantes de seus comportamentos, isto é, a percepção subjetiva do risco que um indivíduo tem em contrair o câncer de próstata, por exemplo. A segunda, chamada de *Gravidade percebida* se refere ao conhecimento prévio das implicações resultantes da doença (Fugita & Gualda, 2006). No caso do CA de próstata, essas implicações referem-se ao quanto o indivíduo avalia a seriedade do câncer e a perturbação emocional que será criada ao pensar nas consequências que a doença traz consigo.

Os *Benefícios percebidos*, a terceira dimensão das crenças, são as avaliações positivas que são feitas de sua situação diante de um problema, ou seja, a crença na efetividade dos

exames preventivos do CA de próstata e a percepção positiva de sua realização. Por fim, as *Barreiras percebidas* incluem aspectos avaliados como obstáculos ao êxito das metas diante do comportamento em questão (Dela Coleta, 2003), isto pode ser ilustrado com a análise do custo-benefício da realização dos exames preventivos do câncer de próstata. Considerando a questão dos exames preventivos para o CA de próstata, entende-se que as crenças que permeiam esses exames influenciarão diretamente o comportamento de cuidado dos homens e a prevenção do câncer e diminuição das taxas de mortalidade.

A literatura aponta que a relação entre comportamento e saúde vem se fortalecendo, especialmente com o aumento da cronicidade das doenças e da baixa adesão que algumas práticas preventivas têm demonstrado (Barletta, 2010; Dela Coleta, 2010). Atualmente, estudos têm relatado que tanto o estilo de vida como o comportamento podem exercer um impacto significativo sobre o desenvolvimento ou agravamento das doenças, revelando, ainda, que muitos comportamentos preventivos são desenvolvidos durante a infância e a adolescência (Almeida & Malagris, 2011). Mas, devido à baixa adesão masculina a exames preventivos, não há como desconsiderar as crenças e os aspectos simbólicos que permeiam a doença e interferem na decisão de realizar determinados exames (Gomes, Skaba, & Vieira, 2002). Diante disso, percebe-se a necessidade de estudos que contribuam para a avaliação de crenças que permeiam o comportamento de homens frente aos cuidados em saúde, uma vez que é importante conhecer as crenças para poder conhecer e prever o comportamento.

Enfim, entende-se que uma das formas de contribuir com essa temática consiste em identificar as crenças acerca do câncer de próstata, bem como a respeito de seus exames preventivos, relacionando-as à *Suscetibilidade, Gravidade, Benefícios e Barreiras percebidas*. Logo, o objetivo do presente estudo foi analisar as principais crenças de homens acerca do Exame do Toque Retal (ETR), comparando os padrões de respostas de homens que fizeram (G1) e que não fizeram o ETR (G2) à luz das dimensões do MCS.

Método

Participantes

O estudo foi realizado na cidade de Aracaju (SE), contando com uma amostra de 174 homens com faixa etária entre 40 e 70 anos [Média (M) = 54,0; Desvio Padrão (DP) = 5,47]. A seleção dos participantes se caracterizou por ser uma amostragem por conveniência, de caráter accidental. Os critérios para participar da amostra eram: se encaixar na faixa etária e sexo estabelecido; afirmar já ter feito o exame (para participar do G1); afirmar nunca ter feito o exame (para participar do G2); não ter nenhuma doença física ou mental incapacitante; não ter sido diagnosticado com câncer de próstata. Ao se encaixarem nos critérios, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e, então, foram divididos em dois grupos: G1 era composto por homens que já realizaram em algum momento da vida o ETR (45,7%; $n = 79$) e o G2 era composto por homens que nunca o fizeram (54,3%; $n = 94$). A coleta ocorreu aleatoriamente em seis bairros.

Descrição dos Grupos

De forma geral, ambos os grupos foram compostos, em sua maioria, por homens casados (62,4%; $n = 108$), que estudaram até o ensino superior (70,5%; $n = 122$), não portavam nenhuma doença crônica (59,0%; $n = 102$) e não tinham contato próximo com portador de câncer de próstata (53,2%; $n = 92$). Tais dados não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) na comparação entre si (G1 x G2).

Quanto à divisão por grupos, os participantes do G1 apresentaram média de idade de 55,5 anos (DP = 5,78), enquanto os participantes do G2 média de 52,7 anos (DP = 4,86). Isto quer dizer que os participantes que realizaram o ETR eram mais velhos ($t = 2,249$; $p = 0,017$). Dentro da amostra geral de homens que realizaram o ETR (G1), 54,4% ($n = 43$) se autodeclararam pardos, 31,6% ($n = 25$) pretos ou outros e 13,9% ($n = 11$) eram brancos, revelando que, neste estudo, eram pardos os homens que mais fizeram o exame [$\chi^2 = 8,677$; (gl)

= 2; $p = 0,013$]. Em relação à ocupação, ambos os grupos apresentaram mais participantes com algum tipo de ocupação, tendo no G1 78,5% ($n = 62$) e no G2 96,8% ($n = 91$). Este dado mostra que os homens que trabalham estão em maior número no grupo que nunca o fizeram ($\chi^2 = 14,102$; $(gl) = 1$; $p < 0,001$).

Instrumentos

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário contendo questões sociodemográficas e clínicas (Anexo 1): idade (em anos), cor de pele (branca, parda, preta ou outras), estado civil (casado ou não casado), escolaridade (abaixo de ensino médio ou superior), ocupação (trabalha ou não trabalha), presença de doença crônica (sim ou não), se conhece alguém que teve câncer de próstata (sim ou não), se já realizou o ETR (sim ou não).

Utilizou-se ainda a técnica de evocação livre. Para tal, foi construído um instrumento de evocação de cinco palavras a partir do termo indutor “exame do toque retal” (Anexo 2). Esse termo foi escolhido como palavra estímulo devido ao fato de se tratar do objeto central da presente pesquisa e por remeterem as crenças salientes de cada participante.

Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 50456715.9.0000.5546) (Anexo 3) e, juntamente ao questionário, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). A aplicação do questionário durou, em média, 15 minutos.

Análise dos dados

Para a análise dos dados as respostas obtidas nos questionários sociodemográfico e clínico foram analisadas com o auxílio do programa SPSS (Versão 22). Foi realizada, inicialmente, a análise exploratório-descritiva, obtendo-se as frequências percentuais e absolutas, medianas, limites inferior e superior, médias e desvios-padrão.

A análise de evocações foi processada por meio do *OpenEvoc* 0.81 (www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc). Trata-se de um *software* online e gratuito, com interface em português, destinado à coleta, análise e visualização de dados de pesquisas. Ele permite fazer análise estatística das evocações de participantes, considerando a frequência e a ordem das respostas fornecidas. É a partir da interação entre frequência e ordem de evocação que é definida a importância das respostas e seu tipo de relação com os termos indutores (Sant'Anna, 2012). O *OpenEvoc* permite a realização de cálculos estatísticos, construindo matrizes de coocorrências.

O *OpenEvoc* é baseado numa técnica que permite a construção de um quadro com quatro quadrantes, cuja informação fornecida por esses quadrantes reflete a quantidade de vezes e a primazia de cada evocação dos participantes. Nesses quadrantes encontram-se as palavras que apresentaram maior frequência e aquelas que foram mais ou menos evocadas, além de apresentar os elementos periféricos.

Segundo Sant'Anna (2012), no primeiro quadrante encontram-se as palavras que foram mais prontamente evocadas, revelando uma significativa pregnância da crença referente ao objeto. No segundo quadrante, aparecem os elementos que foram muito mencionados e embasam as evocações do primeiro quadrante, mas que tiveram uma maior ordem de evocação. No terceiro quadrante aparecem as evocações de menor frequência e, também de menor ordem de evocação. Essas palavras são consideradas importantes por um pequeno grupo da amostra, mas que podem ser significativas e, ao longo do tempo, passar a compor o grupo das crenças principais. Já no quarto quadrante, encontram-se as evocações de maior ordem de evocação e menor frequência. O estudo desses quadrantes tem sua relevância na análise de uma crença, uma vez que ao identifica-las torna-se possível conhecer os fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos (Sant'Anna, 2012).

Resultados e Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal identificar as principais crenças de homens acerca do ETR, buscando comparar dois grupos de participantes: um grupo dos que já fizeram o exame (G1) e um grupo dos que nunca fizeram (G2), sob a perspectiva teórica do Modelo de Crenças em Saúde.

Quando pedido aos entrevistados que falassem quais pensamentos lhes vinham à mente quando ouviam o termo “exame do toque retal”, obteve-se no total 865 evocações, sendo 470 dos homens que já fizeram o ETR e 395 dos que nunca fizeram o exame. Foi adotado como ponto de corte para a Ordem de Evocação 3 e para a Frequência 2,5 para o cálculo dos pontos de corte para a construção do Quadro de Quatro Casas (QQC).

Na Tabela 1 é possível observar as evocações referentes aos quatro quadrantes do QQC, as quais foram separadas por grupo G1 e G2. No primeiro quadrante encontram-se as crenças mais comuns, onde é possível notar que para aqueles homens que já realizaram o ETR (G1) as principais crenças são associadas ao “constrangimento”, ao fato de ser “invasivo” e “horrível”. A evocação com maior frequência foi “constrangedor” (*Barreira*), porém a mais prontamente evocada na primeira posição foi “necessário” (*Suscetibilidade*), o que implica dizer que embora seja vergonhoso fazer o exame do toque faz-se acreditando que há vantagens como manter a saúde, posto que reconhecem sua *Suscetibilidade* à doença.

Por meio das evocações que sugerem determinadas crenças, percebe-se que a principal barreira para a realização do exame e para detecção do câncer de próstata é a vergonha causada pela invasão da área mais íntima do homem, que é a região anal. Assim, mesmo que os participantes deste grupo reconheçam a *Gravidade* de não realizar o exame, evocando com frequência a palavra “câncer”, eles evidenciam os fatores que podem levar à não realização do exame. Na literatura sobre câncer, é possível perceber o temor do diagnóstico como uma forte barreira (Akhtari-Zavare, Juni, Said, & Ismail, 2013; Erbil & Bolukbas, 2014; Nascimento et

al., 2011; Oliveira & Popov, 2012; Paiva, Motta, & Griep, 2010); mesmo que os indivíduos reconheçam o quão sério pode ser esta enfermidade, crê-se que eles podem evitar exames preventivos devido ao medo da descoberta.

Tabela 1

Quadro Geral de Casas das Evocações acerca do Exame do Toque Retal (ETR)

1º Quadrante					
Frequência > 2,5 e Classificação média < 3,0					
G1			G2		
Enunciações	F¹	Ord.²	Enunciações	F	Ord.
Constrangedor	10,6	2,08	Necessário	10,1	2,35
Câncer	6,4	2,40	Prevenção	3,5	1,00
Necessário	4,3	1,30	Importante	3,3	1,38
Invasivo	3,6	2,12	Normal	3,0	1,00
Horrível	2,5	2,00	Dolorido	2,5	1,00
2º Quadrante					
Frequência > 2,5 e Classificação média > 2,5					
G1			G2		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Preconceito	6,6	4,81	Preconceito	5,6	3,09
Consulta	4,3	2,50	Providencial	4,3	3,00
Morte	3,2	4,00	Rápido	3,3	2,62
Desconforto	3,2	4,47	Desconforto	3,3	3,15
Medo	3,0	3,21	Saudável	3,3	4,38
Duvidoso	2,5	5,00	Inevitável	3,0	5,00
			Eficiente	2,8	3,36
3º Quadrante					
Frequência < 2,5 e Classificação média < 3,0					
G1			G2		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Ruim	2,1	1,00	Simples	2,3	1,00
Pagamento	2,1	2,00	Quebra_de_paradig	2,3	2,00
			ma		
Diagnóstico	2,1	2,00	Vida longa	2,3	2,00
Preocupação	1,9	1,00	Obrigatório	1,8	2,00
Natural	1,9	2,00	Constrangedor	1,3	2,40
Vergonha	1,7	2,13	Vergonha	1,0	1,75
Importante	1,5	2,00	Indispensável	1,0	2,00
Prevenção	1,3	1,00			
Indispensável	1,3	2,00			
4º Quadrante					
Frequência < 2,5 e Classificação média > 3,0					
G1			G2		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Preventivo	2,1	3,00	Sem_preconceito	2,3	3,00

Orientação	2,1	3,00	Eficaz	2,3	4,00
Péssimo	2,1	3,70	Não adiar	2,3	4,00
Utilidade	2,1	4,00	Conscientização	2,3	5,00
Tempo	2,1	5,00	Tranquilo	2,3	5,00
			Câncer	1,8	4,00

Nota. ¹ Frequência absoluta. ² Ordem de classificação

Para este grupo os dados sugerem que o exame acaba por se tornar um fator que pode mudar a vida do sujeito a partir de sua realização. Por ser uma doença crônico-degenerativa, que exige cuidados médicos especiais, mudanças de estilo de vida, complicações, alterações emocionais e físicas (Moyer, 2012), ela ocasiona pânico e justificativas para a sua presença, daí a real necessidade de prevenir-se mesmo que o exame seja considerado ruim ou vergonhoso. Estas justificativas podem explicar o motivo do G1 ter feito o exame mesmo que tenham relatado tantas *Barreiras percebidas* para sua execução.

O grupo de homens que já realizaram o exame do toque foi o que mais associou o exame a crenças ligadas à doença do que a práticas voltadas à saúde. Quiçá, o grupo em questão tenha sofrido algum tipo de experiência constrangedora ou dolorosa durante o exame (Arroll, Pandit, & Buetow, 2003), que possa ter culminado ou comprovado as crenças negativas a seu respeito, revelando tais crenças como *Barreiras percebidas* para realização do ETR. Acredita-se ainda que a experiência de realização do exame, quando acompanhada por fortes crenças distorcidas, pode aumentar a probabilidade de desconforto e fixar crenças negativas (Moyer, 2012) que serão passadas adiante por meio de diálogos com familiares e pessoas próximas, penetrando no imaginário masculino e diminuindo a adesão ao ETR.

Tal como no G1, os participantes do G2 também evocaram com maior frequência a palavra “necessário”, sendo as palavras “prevenção”, “normal” e “dolorido” as mais prontamente evocadas. Para o G2 o exame parece ter aspectos positivos que se sobressaem ao pesar os prós e contras, insinuando que neste grupo os *Benefícios* são maiores que as *Barreiras*, *Gravidade* e *percepção de Suscetibilidade*. O ETR é considerado necessário, pois auxilia na

prevenção ao câncer de próstata mesmo que provoque dor ou incômodo durante o procedimento. No entanto, vale salientar que o exame foi considerado necessário por ambos os grupos, porém percebe-se uma necessidade com diferentes impregnações emocionais, uma vez que no G1 a necessidade (*Suscetibilidade*) está atrelada a *Barreiras* como “medo” e “vergonha”, e no G2 ela relaciona-se com a “normalidade”. Noutras palavras, o grupo considera obrigatório fazer o ETR para prevenir-se e diante disso eles o consideram normal, pois pode ser visto como algo que auxilia o indivíduo a se manter saudável.

Apesar dos homens incluídos no G1 terem referido aspectos de sentido negativo que remetem a *Barreiras*, estes foram os que relataram terem feito o exame. Este dado, segundo Camargo, Campos, Torres, Stuhler e Matão (2011), revela que os homens mais jovens, que neste estudo se concentram no G2, podem se autoavaliar menos vulneráveis que os homens do G1 e assim ver menos perigo em desenvolver câncer, adiando a realização de exames preventivos. Isto posto, o índice de realização periódica do ETR por parte dos homens mais velhos pode ocorrer, já que estes tendem a ir com maior frequência a consultas médicas (Borges & Seidl, 2012) que os fazem reconhecer maior *Suscetibilidade* ao câncer de próstata.

Percebe-se que, no geral, os elementos do 1º quadrante no G1 são negativos e no G2 são positivos. Devido à alta frequência de evocações, pode-se supor que as crenças evocadas em ambos os grupos fazem parte do rol de crenças mais comuns entre os homens da mesma faixa etária. As crenças evocadas pelo G1 neste quadrante não indicam a presença dos *Benefícios* de fazer o exame, porém as demais dimensões do MCS foram bem evocadas por este grupo. Já no G2, percebe-se que os homens reconhecem os *Benefícios*, as *Barreiras* e sua *Suscetibilidade*, mas não evocam palavras referente a *Gravidade percebida* que envolve a não realização do ETR. Por meio deste dado é possível inferir que mesmo estando ciente da necessidade da realização do exame do toque na detecção do câncer de próstata ainda há muitos homens que o

realiza com uma aura de medo (da dor e do diagnóstico) e constrangimento, assim como visto em Nascimento et al. (2011) e Oliveira e Popov (2012).

Evocações como “preconceito”, “morte”, “desconforto” e “medo” (2º quadrante) foram bem lembradas pelos homens que fizeram o ETR e fazem referência à morte e ao medo da descoberta do câncer de próstata, complementando as crenças presentes no 1º quadrante. No G2 foram evocadas palavras com significado negativo como “preconceito” e palavras com significado positivo, tais como “rápido”, “saudável”, “eficiente” e “preventivo”. Essas evocações sustentam a principal diferença entre os grupos, apontando que os participantes do G2 têm crenças mais positivas. Os participantes deste grupo creem que é inevitável fazer o ETR em algum momento da vida, já que ele serve para se manter saudável, prevenir-se.

Os dois grupos da amostra evocaram a palavra “preconceito” neste quadrante, trazendo o que outros trabalhos já evidenciam em seus resultados: o preconceito como principal elemento caracterizador do exame do toque (Nascimento et al., 2011) e consequentemente como principal barreira de caráter social e com repercussão na qualidade da interação que o sujeito tem com o objeto aqui estudado. Esse preconceito é um sentimento hostil que muitos homens têm em relação ao exame, nas quais as crenças embasadas no modelo de masculinidade idealizada (como “vergonha” e “preocupação”) são manifestadas, mas que podem ser modificadas (considerando-o “natural”, “preventivo” e “indispensável”) a partir de estratégias que visem a modificação de crenças já conhecidas e presentes no cotidiano de muitos homens (Nascimento et al., 2012).

Gomes, Nascimento, Rebello e Araújo (2008) associam o preconceito para realizar o ETR à vergonha causada por uma condição de passividade no momento do exame, no qual o homem não sente controle sobre sua parte mais íntima durante o procedimento, o que embasa a crença evocada no 1º quadrante pelo G1 que considera o exame invasivo. Por ser feito na região anal, causa repulsa em muitos homens e desenvolve crenças negativas ou distorcidas a

seu respeito. Apesar de todas as crenças negativas evocadas neste quadrante pelo G1, o qual considera o exame duvidoso, os participantes do G2 creem que o ETR seja rápido e eficiente. A “dúvida” relatada pelo G1 parece se referir a eficácia do ETR e pode estar associada ao seu complemento, o exame de sangue PSA. Tendo acesso a um exame simples e menos invasivo como o PSA, os homens podem acreditar que apenas ele é satisfatório (Gomes et al., 2008; Nikendei et al., 2015), mesmo que estejam cientes da eficácia de ambos os exames.

Não há como mudar a forma que o exame é realizado, todavia poderia se considerar esses sentimentos durante o exame e trabalhá-los de forma que não coloque os pacientes numa posição de desconforto e falta de controle sobre o próprio corpo. Deste modo, é necessário traçar estratégias que visem a diminuir tais *Barreiras percebidas* e evidenciar os *Benefícios* e a *Suscetibilidade* já percebidas pelos indivíduos.

Fatores como a qualidade do serviço prestado por profissionais responsáveis pelo exame, a vergonha de ser visto como menos homem ou de ter uma ereção motivada por uma reação fisiológica durante o procedimento (Moyer, 2012) podem interferir diretamente no comportamento dos homens, fazendo com que aqueles que não o fizeram continuem sem fazer e aqueles que já realizaram não o façam novamente. Esses e outros fatores devem ser avaliados no momento da criação de estratégias interventivas e da sua divulgação para a sociedade, visto que o ETR provoca estresse e ansiedade no paciente devido aos estereótipos que traz consigo (Nikendei et al., 2015), agregando mais barreiras para sua realização.

Dentre os elementos mais evocados no 3º quadrante do G1 encontram-se termos como “ruim”, “preocupação” e “prevenção”. Neste quadrante é onde aparecem evocações mais comuns de surgirem como primeiros elementos nos discursos dos sujeitos, mas ocorrem em um volume menor; ou seja, menos pessoas as colocam em primeiro lugar, mas quando aparecem assumem essa primazia. Tais crenças podem evoluir e se tornar futuras componentes do 1º quadrante, caso sejam reforçadas ou compartilhadas nos grupos.

Como nos demais quadrantes, os participantes do G1 evocaram palavras assinalando que o grupo considera o exame ruim devido à “vergonha” e a tensão que o diagnóstico pode causar. Entretanto, apesar das evocações negativas ressaltadas com frequência, percebe-se a importância que o grupo atribui ao exame, tornando-o indispensável para a prevenção do câncer de próstata e para seu diagnóstico precoce.

A literatura traz como principais motivos para realização do ETR a idade avançada, a prevenção, o medo da doença, a indicação médica, a pressão familiar e as experiências de amigos que morreram pela doença (Lucumí-Cuesta & Cabrera-Arana, 2005; Oliveira & Popov, 2012). Mesmo que alguns desses motivos tenham um peso negativo que finda por destacar as *Barreiras*, como a morte de pessoas próximas por câncer, os homens que o realizam optam por fazê-lo mesmo que sua realização leve a uma tensão e/ou preocupação pelo diagnóstico. A preocupação geralmente é vivenciada pelos homens antes da realização do exame, quando o médico impõe que o ETR seja realizado o mais breve possível e também no momento do exame, gerando ansiedade quanto ao resultado (Nikendei et al., 2015; Oliveira & Popov, 2012). Neste contexto, a *Gravidade* do diagnóstico e a *Suscetibilidade* podem ser reconhecidas e associadas aos *Benefícios* de fazer o ETR, priorizando-o.

As crenças negativas do G1 presentes no 1º e 2º quadrantes parecem encontrar paralelamente as evocações “diagnóstico”, “preocupação”, “importante” e “indispensável”, que compõem o 3º quadrante. As evocações desse quadrante são bem equilibradas, colocando-as inclusive como crenças mais positivas (a exemplo de “importante” e “indispensável”), que remetem a *Benefícios percebidos*. Como esse grupo de participantes já realizou o ETR, supõe-se que ao excluir os sentimentos e momentos ruins decorrentes do exame, pode-se pesar os *Benefícios* e concluir que eles são maiores do que as *Barreiras*.

As crenças presentes no 3º quadrante do G2 têm evocações como “simples”, “quebra de paradigma”, “vida longa”, “vergonha”, entre outros. Novamente neste grupo há uma

predominância de evocações positivas quando comparado ao G1, com exceção de vergonha. Por meio das evocações é possível perceber que o grupo considera o ETR indispensável para manter-se saudável e mesmo que seja vergonhoso ele é considerado “simples” e “obrigatório”, o que significa dizer que todo homem deve fazer se quiser continuar a viver.

Como visto, o 3º quadrante possui ideias que não são tão comuns, porém o G2 continua trazendo evocações que justificam os *Benefícios* de realizar o exame assim como nos demais quadrantes. Embora os participantes do G2 também tenham a crença de que o exame possa ser “constrangedor”, eles evocaram associações mais ligadas a *Benefícios* (por exemplo, “quebra de paradigmas” e “indispensável”) do que a *Barreiras* (“constrangedor”). Isto pode ser uma tentativa de motivar-se a realizar o exame futuramente, pois assim como outros exames, o ETR é cercado por características positivas e negativas, porém espera-se que as segundas não sejam mais evidenciadas que as primeiras. É seguindo esse mesmo ponto de vista que o G1 explica por meio de suas evocações a motivação de ter realizado o exame: reconhecem a *Gravidade* e as *Barreiras*, mas não deixam de salientar que o ETR tem seus *Benefícios* (“prevenção”, “indispensável”).

Supõe-se que para ambos os grupos todos os pontos negativos do ETR podem ser enfrentados, já que ele pode detectar o câncer precocemente e evitar uma morte dolorosa e/ou prematura (Borges & Seidl, 2012; Gomes et al., 2008). Embora o G1 tenha salientado mais as *Barreiras*, os homens do grupo não deixaram de fazer o ETR e mesmo que o G2 não tenha feito o exame, o grupo não deixou de enfatizar seus *Benefícios*. No quadro geral, as evocações dos homens do G2 demonstram que eles sabem que o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer de próstata faz surgir a questão da morte, principalmente por estarem cientes que é uma doença de longo tratamento e difícil cura. Ainda que não tenham feito o exame, tais crenças podem ser indícios de que pretendem realizá-lo num futuro próximo.

Ao acreditar na importância e na indispensabilidade do ETR, os participantes demonstraram conhecer a *Gravidade* da doença e sua pretensão em evitá-la ou detectá-la precocemente. Neste contexto, o 3º quadrante traz o “constrangimento/vergonha” como fator impeditivo da adesão ao ETR. O desconforto causado pela vergonha que os homens de ambos os grupos imaginam sentir ou sentiram ao realizar o exame pode impedir que parte deles venham a fazê-lo (pela primeira vez ou novamente) ou que continuem adiando, podendo levar a um diagnóstico de câncer de próstata tardio. Embora o grupo apresente mais crenças positivas, é importante tomar cuidado com as *Barreiras* que podem dificultar a prevenção de doenças, pois mesmo que os sujeitos reconheçam seus *Benefícios*, a ação pode ser colocada para segundo plano ainda que os sujeitos estejam cientes de suas consequências (*Gravidade percebida e Suscetibilidade percebida*).

No 4º quadrante encontram-se as crenças mais emancipadas, isto é, as evocações menos relevantes quando comparadas às crenças dos demais quadrantes. Este quadrante é habitado pelas palavras “preventivo”, “orientação”, “péssimo”, entre outras (G1). Aqui há um equilíbrio dos prós e contras de fazer o exame do toque; é o local em que os participantes pesam mais as quatro dimensões do MCS. Observa-se que ele ainda é considerado péssimo, mas começam a surgir mais referências positivas do que negativas. De acordo com as crenças do G1, o ETR é visto como útil para prevenir o câncer, para manter-se saudável e com bem-estar. Indo além, é possível inferir que mesmo tendo dúvidas sobre sua eficácia, o grupo ressalta a importância de tirar um tempo para se orientar, ou seja, buscar informações a seu respeito e fazer o exame, visto que todo homem é suscetível ao câncer de próstata. A consulta também é um elemento presente nas evocações e pode auxiliar nesse ponto, dado que os preconceitos que o paciente tenha podem ser esclarecidos e desmistificados (Borges & Seidl, 2012; Gomes, 2003).

No G2 surgiram evocações como “sem preconceito”, “não adiar”, “eficaz”, “conscientização”. Este grupo revela que o exame ainda é considerado um tabu entre os homens

e isto pode ser resultado da falta de informação ou dos estereótipos que acompanham o ETR. Por meio das crenças sugeridas pelas evocações, o grupo dá indícios de que é indispensável acabar com o preconceito que cerca o ETR e isso pode ser feito ao mostrar sua importância, eficácia e confiabilidade. Talvez assim os homens parem de adiar sua realização e se submetam ao exame.

Como discutido anteriormente, o preconceito é bem relatado na literatura (Gomes et al., 2008; Moyer, 2012; Nikendei et al., 2015; Paiva et al., 2010) diante do rastreamento para o câncer de próstata. Nestes trabalhos foi possível captar que este exame provoca o imaginário masculino de diversas formas, sendo visto muitas vezes em diferentes populações como uma degradação à masculinidade (Lucumi-Cuesta & Cabrera-Arana, 2005). Sendo assim, é importante evidenciar os aspectos positivos que o exame tem diante da comunidade masculina, buscando intervenções que deem mais visibilidade aos cuidados em saúde e menos às características que remetam a doença em si, visto que aparentemente as crenças negativas parecem estar mais relacionadas ao medo de descobrir o câncer de próstata e morrer do que ao diagnóstico e tratamento caso descubram algum nódulo.

Ainda que muitos indivíduos tenham consciência da necessidade de modificar comportamentos prejudiciais à saúde, há inúmeros motivos pelos quais os homens não adotam hábitos de vida saudáveis e não fazem exames importantes como o ETR, dentre os quais encontra-se a crença que o indivíduo constrói ao longo de sua vida sobre um objeto ou situação que modulará sua maneira de agir (Barletta, 2010). Esse fato fica evidente ao observar o QQC, sendo possível visualizar o peso das crenças através das evocações de ambos os grupos. Cada quadrante traz crenças referentes às dimensões do MCS, sendo possível em alguns visualizar a presença das quatro dimensões do modelo. Cabe salientar que é possível observar na Tabela 2 que o predomínio das crenças no G1 foi nas *Barreiras*, enquanto no G2 as crenças se concentraram mais nos *Benefícios* do ETR e na *Suscetibilidade*.

Cabe lembrar que de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, a adoção de um comportamento preventivo depende do indivíduo acreditar que um problema de saúde pode afetá-lo (“câncer”); dele perceber que esse problema pode ter consequências sérias (“morte”); e acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação ou conjunto de ações (“prevenção”, “consulta”, “eficaz”, “necessário”), apesar dessa ação apresentar obstáculos ou impedimentos (“preconceito”, “vergonha”, “medo”). Com base nisso, pode-se notar que as crenças aqui evocadas contemplaram todas as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, uma vez que os participantes reconhecem que são suscetíveis ao câncer de próstata e que se não buscarem prevenção, isto é, caso não se submetam ao ETR, podem sofrer graves consequências, desde o câncer de próstata, à morte.

Considerações Finais

No geral, o G1 apresentou muitas crenças negativas, revelando uma visão diferente a respeito do ETR e, considerando que já realizaram o exame, pode ter sido influenciado pela experiência. Porém, ainda assim o fizeram: o que indica que os *Benefícios percebidos* devem ser maiores que as *Barreiras percebidas*. Já o G2 demonstrou conhecer algumas características negativas do exame, porém buscou ressaltar sua importância na prevenção, como pode ser visualizado na Tabela 2. Em algum momento da pesquisa ambos os grupos fizeram referência ao preconceito e ao constrangimento que o ETR pode causar, o que já é visto em inúmeros trabalhos e esse veio a confirmar. Sendo assim, as evocações aqui presentes deram conta do MCS ao identificar as principais *Barreiras*, *percepção de Gravidade*, *Suscetibilidade* e *Benefícios percebidos* em homens que já fizeram o ETR e que nunca o fizeram.

Tabela 2

Principais crenças separadas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde

Suscetibilidade Percebida	
G1	G2
Necessário	Necessário
Natural	Importante

Indispensável		Normal Providencial/Inevitável Simples Obrigatório Indispensável
Gravidade Percebida		
G1		G2
Câncer		Câncer
Morte		
Diagnóstico		
Benefícios Percebidos		
G1		G2
Importante		Prevenção
Prevenção/Preventivo		Rápido
Utilidade		Saudável
		Eficiente/Eficaz
		Vida longa
		Tranquilo
		Conscientização
		Quebra de Paradigmas
Barreiras Percebidas		
G1		G2
Constrangedor/Vergonha		Dolorido
Invasivo		Preconceito
Horrível/Péssimo		Desconforto
Preconceito		Constrangedor/Vergonha
Desconforto		
Medo		
Duvidoso		
Ruim		
Preocupação		

Ressalta-se que os resultados obtidos nesta pesquisa não apontam inferências estatísticas, não sendo possível generalizar tais dados à população masculina em geral devido a limitações amostrais e do instrumento. Além disso, faltou identificar qual a motivação para ter feito o ETR, se foi idade, sintoma, risco, dentre outras variáveis que poderiam ajudar a entender melhor o que motiva um homem à ação. Também se tem como limitação a falta de controle de variáveis sociodemográficas no momento da coleta, a exemplo do nível de escolaridade, que poderia influenciar os resultados obtidos se houvesse mais participantes com baixo nível escolar, assim como fora visto por Wahnefried et al. (2004). Sugere-se ainda, o uso

de uma escala de masculinidade e conservadorismo como complemento, pois poderá contribuir para entender como estes fatores sociais influenciam a decisão de realizar o exame.

Acredita-se que as evocações presentes neste estudo podem servir como norteadores ao entendimento dos fatores psicossociais envolvidos no processo de adesão e prevenção masculina. Essas crenças podem ser abordadas com os homens em consultas ou em grupos educativos, visando minimizar o impacto de estigmas ainda presentes na realização do ETR. Por fim, cabe realçar que apesar da importância e atualidade do tema, percebe-se que ainda há poucos estudos relatados na literatura sobre crenças de homens em relação ao câncer de próstata e seus exames preventivos, em especial o ETR. Assim, julga-se importante que futuros estudos busquem investigar variáveis associadas ao comportamento de adesão e esquia ao ETR, talvez aplicando outros modelos considerados robustos na predição de comportamentos de saúde, a exemplo da Teoria da Ação Racional (Cooke & French, 2008) e da Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1985).

Referências

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Heidelberg: Springer.
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Said, S. M., & Ismail, I. Z. (2013). Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast self-examination practice. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 57-61. doi: 10.7314/APJCP.2013.14.1.57
- Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 183-202.

- Arroll, B., Pandit, S., & Buetow, S. (2003). Prostate cancer screening: Knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. *The New Zealand Medical Journal*, 116(1176):U477.
- Barletta, J. B. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: Contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2, 307-317.
- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2012). Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 66-81.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo, B. V., Campos, P. H. F., Torres, T. D. L., Stuhler, G. D., & Matão, M. E. L. (2011). Representações sociais de saúde e cuidado: Um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, 19, 179-192.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23(7), 745-765. doi: 10.1080/08870440701544437
- Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: A equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2569-2578.
- Dela Coleta, M. F. D. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: Construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2, 111-122.
- Dela Coleta, M. F. D. (2004). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: Teorias, estudos e instrumentos*. Taubaté: Cabral Editora.
- Dela Coleta, M. F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças*, 18, 69-78. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p69-78

- Erbil, N., & Bolukbas, N. (2014). Health beliefs and breast self-examination among female university nursing students in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(16), 6525-6529. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.16.6525
- Forshaw, M., & Sheffield, D. (2012). *Health psychology in action*. John Wiley & Sons.
- Fugita, R. M. I., & Gualda, D. M. R. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 501-506. doi: 10.1590/S0080-62342006000400008
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: Proposta para uma análise. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 8, 825-829.
- Gomes, R., Nascimento, E. F. D., Rebello, L. E. F. D. S., & Araújo, F. C. D. (2008). As arranhaduras da masculinidade: Uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1975-1984.
- Gomes, R., Skaba, M. N. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: Proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, 18, 197-204.
- Instituto Nacional de Câncer. (2002). *Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata* (Documento de consenso). Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional do Câncer. (2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47. doi: 10.1177/109019818401100101
- Lucumí-Cuesta, D. I., & Cabrera-Arana, G. A. (2005). Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 1491-1498.

- Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 157, 120-134. doi:10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459
- Nascimento, É. P. D., Florindo, A. A., & Chubaci, R. Y. S. (2011). Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: Conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34, 9-18.
- Nikendei, C., Diefenbacher, K., Köhl-Hackert, N., Lauber, H., Huber, J., Herrmann-Werner, A., ... & Krautter, M. (2015). Digital rectal examination skills: First training experiences, the motives and attitudes of standardized patients. *BMC Medical Education*, 15, 1-33. doi: 10.1186/s12909-015-0292-7
- Oliveira, J. I. M., & Popov, D. C. S. (2012). Exame preventivo do câncer de próstata: Impressões e sentimentos. *Revista de Enfermagem da UNISA*, 13, 13-20.
- Paiva, E. P. D., Motta, M. C. S. D., & Griep, R. H. (2010). Knowledge, attitudes and practices regarding the detection of prostate cancer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 88-93. doi: 10.1590/S0103-21002010000100014
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-387. doi: 10.1177/109019817400200405
- Sant'Anna, H. C. (2012). OpenEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em representações sociais. *Psicologia Social: Desafios Contemporâneos. In Anais do VIII Encontro Regional da ABRAPSO (pp. 94-103)*. Espírito Santo.
- Sociedade Brasileira de Urologia. (2003). *Doenças da próstata: vença o tabu*. Rio de Janeiro: Elsevier/Sociedade Brasileira de Urologia.
- Sociedade Brasileira de Urologia. (2010). *Homens não fazem exame de toque, mesmo sabendo que teste é usado para detectar o câncer*. Recuperado em 23 de dezembro de 2016, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34191&janela=1.

Taylor, S. E. (2015). *Health psychology*. Los Angeles: Ninth Editory.

Wahnefried, W. D., Robertson, C. N., Walther, P. J., Polascik, T. J., Paulson, D. F., & Vollmer, R. T. (2004). Pilot study to explore effects of low-fat, flaxseed-supplemented diet on proliferation of benign prostatic epithelium and prostate-specific antigen. *Journal Adult Urology*, 63(5), 900-904. doi: 10.1016/j.urology.2003.12.010

– CAPÍTULO III –

ARTIGO EMPÍRICO 2

Predizendo comportamento preventivo por meio da Teoria da Ação Planejada³

Geovanna Santana de Souza, Mestranda em Psicologia Social pela UFS

André Faro, Doutor em Psicologia e Docente no PPGPSI/UFS

Resumo

O objetivo deste trabalho foi mensurar a TAP de forma a identificar os principais fatores preditivos da intenção em realizar o ETR. Para isso foram entrevistados 256 homens que compuseram dois grupos da amostra (G1 x G2), com idade entre 40 e 70 anos, tendo uma média de 55,2 anos. Para coleta dos dados, utilizou-se um questionário contendo questões sociodemográficas e clínicas e uma escala da TAP. Os resultados sugerem que o modelo da TAP para a predição da intenção de realizar o ETR se mostrou significativo, assim como a análise de moderação revelou que quem prevê melhor a intenção de homens que nunca fizeram o ETR são as atitudes, enquanto as normas preveem melhor a intenção de homens que já o realizaram. Já a percepção de controle pode ser fonte de intervenções junto ao público masculino em geral, não sendo mediada pelo fato de ter feito ou não o exame. Assim, os resultados direcionam para a criação de estratégias de intervenção tanto específicas como gerais, que podem aumentar a eficácia e a adesão ao ETR.

Palavras-chave: Teoria da Ação Planejada; Exame do Toque Retal; Comportamento.

³ Artigo a ser submetido em periódico a definir.

Predicting preventive behavior through the theory of planned behavior

Abstract

The objective of this study was to measure the theory of planned (TPB) behavior in order to identify the main predictive factors of the intention to perform the digital rectal exam (DRE). For this, 256 men were interviewed who composed two groups (G1 x G2), aged between 40 and 70 years having a mean of 55.2 years. Was used a questionnaire containing sociodemographic and clinical questions and a TPB scale. The results suggest that the TPB model for the prediction of intention to perform the DRE proved to be significant, just as the moderation analysis revealed that the attitudes are the best predictor of the intention of men who have never done the DRE while the standards predict better the intention of men who have already done the exam. On the other hand, the control perception can be a source of interventions among the male audience in general, not being mediated by the fact of having done the exam or not. Thus, the results lead to the creation of both specific and general intervention strategies, which can increase DRE effectiveness and its adherence.

Keywords: Theory of Planned Behavior; Digital Rectal Exam; Behavior.

Introdução

A Teoria da Ação Planejada (TAP) é um modelo parcimonioso voltado ao estudo da predição de comportamentos futuros, que foi aplicado a uma grande variedade de comportamentos, tais como doação de órgãos, doação de sangue, autoexame da mama (Albarracín, Kumkale, & Johnson, 2004; Cooke & French, 2008). Sua popularidade entre psicólogos e alguns profissionais da área de saúde se deve em parte ao fato de que seu modelo é claramente operacionalizado em relação a como medir (Ajzen, 2002), analisar (Hankins, French, & Horne, 2000) e desenvolver intervenções (Sutton, 2002) usando a teoria.

Desde que a TAP foi introduzida por Ajzen (1985), há cerca de 40 anos, ela se tornou um dos modelos bastante citados e influentes quando o assunto é o comportamento humano. Desde então, ela tem acumulado evidências relativas à sua relevância para explicar e prever comportamentos. Sua popularidade pode ser observada, principalmente, em estudos realizados nos Estados Unidos (Ajzen, 1985; 2011; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011), porém não deixa de ser estudada e pesquisada no Brasil (D’Amorim, Freitas, & Sá, 1992; Moutinho & Roazzi, 2010), com progressos consideráveis desde que foi introduzida.

Os estudos concebidos à luz da TAP objetivam obter uma melhor compreensão do papel dos processos mentais envolvidos no comportamento rotineiro, principalmente comportamentos sociais (Ajzen, 2011). Tanto o comportamento social, como os comportamentos em saúde, são alvos dos estudiosos da teoria. O interesse por explicar e prever comportamentos envolvidos com prevenção em saúde se mostrou importante para pesquisadores e profissionais envolvidos com o desenvolvimento de intervenções que visam mudar comportamentos prejudiciais à saúde (Ajzen, 2012).

Segundo a TAP, há três tipos de crenças que podem influenciar a ação humana: as crenças comportamentais (que formam as atitudes, entendidas como os sentimentos e crenças do indivíduo sobre a realização de uma ação), as normativas (que formam as normas subjetivas,

que é o grau que o indivíduo percebe que as pessoas significativas em sua vida endossam a realização de determinado comportamento) e as de controle (formam a percepção de controle comportamental, ou seja, o quanto os indivíduos acreditam que são capazes de realizar uma ação) (Ajzen & Fishbein, 2000). Esses três tipos de crenças são usadas para prever intenções comportamentais com um elevado grau de precisão.

Conforme a teoria, as atitudes são determinadas pelas crenças sobre o comportamento associadas a avaliação que os sujeitos fazem das consequências de suas ações. Adicionalmente, as crenças normativas e a motivação que o sujeito tem para a ação formam as normas subjetivas. Já a percepção de controle comportamental é formada pelas crenças de controle e pela habilidade que o sujeito acredita ter para controlar determinada situação. Portanto, é a união desses construtos que influenciará diretamente a intenção para realizar uma ação, sendo esta considerada a principal preditora do comportamento (Ajzen, 2012). Acredita-se que as intenções surjam ao combinar tais crenças sobre a ação. Nesse modelo, a intenção é o aspecto de maior importância na predição da realização ou não de uma ação, mostrando-se elemento essencial na compreensão de crenças acerca de ações específicas.

Ainda para a TAP, o comportamento é determinado pela intenção de um indivíduo e, direta ou indiretamente, pelo controle comportamental percebido (Ajzen, 2011). A intenção é considerada o componente motivacional que estimula o indivíduo a se envolver em um comportamento particular. Assim, a TAP visa captar a medida da percepção das pessoas acerca do controle em engajar-se numa ação; seus afetos (atitudes) em relação a mesma ação; as normas subjetivas, isto é, as percepções das pessoas próximas acerca do envolvimento do sujeito na ação e sua intenção em realizá-la (McEachan et al., 2011). As atitudes, normas e percepção de controle são consideradas preditores diretos, enquanto as crenças subjacentes que antecedem essas variáveis são consideradas preditores indiretos. Ressalta-se que a TAP é composta por crenças sobre a frequência da ocorrência de fatores facilitadores ou impeditivos

da intenção de engajar-se em um dado comportamento. Isto quer dizer que as crenças de um sujeito podem ajudá-lo ou impedi-lo de executar um comportamento.

Nas pesquisas empíricas que utilizaram o modelo de predição da TAP na área de saúde, a adição da percepção de controle comportamental mostrou ser significativa nas predições das intenções e/ou do comportamento (Godin & Kok, 1996). Estes dados foram relevantes no momento da inclusão dessa variável na teoria, diferenciando-a da Teoria da Ação Racional (TAR), que é uma proposta anterior de explicação.

A TAR surgiu dentro na Psicologia Social com o propósito de explicar como as atitudes e as normas subjetivas podem predizer o comportamento por meio da intenção comportamental, baseando-se na conjectura de que os seres humanos são seres racionais e fazem uso sistemático da avaliação da informação (Ajzen & Fishbein, 1980). A diferença entre a TAR e a TAP é que a primeira não considera o peso das crenças de controle (percepção de controle) sobre as ações. Essa foi considerada uma limitação da TAR, o que culminou no desenvolvimento da TAP a partir do acréscimo da variável controle percebido. A TAP considera que para evitar alguns erros de medição é necessário avaliar a percepção de controle em conjunto com a atitude, com a norma subjetiva, com a intenção diante da ação e, se possível, com o próprio comportamento.

Ciente de que a TAP pode prever intenções e comportamento com eficácia, os investigadores desta teoria direcionaram sua atenção para questões mais específicas, embora continuem surgindo trabalhos usando o desenho metodológico da TAP em novos comportamentos ou comportamentos em novas configurações (Ajzen, 2011), como o comportamento preventivo, por exemplo. O comportamento de prevenção em saúde está atrelado ao comportamento de procurar serviços de saúde e realizar exames, é perceptível que neste contexto os homens sejam mais suscetíveis à morbimortalidade, visto que são os que menos procuram atendimento preventivo (Nascimento, Florindo, & Chubaci, 2011). A literatura em cuidados preventivos, por exemplo, traz um perfil de homens que veem tais

comportamentos como femininos, geralmente buscando serviços de saúde apenas em último caso (Gomes & Nascimento, 2006). Destarte, julga-se plausível que investigar crenças e outras variáveis que influenciam o comportamento em saúde de homens traz um arcabouço teórico para o estudo de qualquer objeto social e/ou de saúde. A TAP, então, auxilia a prever intenções comportamentais e pode contribuir com o esclarecimento de quais os principais fatores que influenciam a ação preventiva no público masculino.

O Exame do Toque Retal (ETR) é um dos exames preventivos com menor taxa de adesão. Ele é um importante exame e aliado ao antígeno específico prostático – comumente conhecido como PSA – apresentam boa eficácia na prevenção e diagnóstico do câncer de próstata. O ETR consiste em uma medida preventiva de baixo custo, porém é um procedimento que desperta preconceitos devido ao medo em ser tocado em uma parte íntima do corpo, o que contribui para que ocorra uma baixa adesão e, conseqüentemente, exponha muitos homens ao diagnóstico tardio de câncer de próstata. Portanto, ter intenção em realizar o ETR, bem como sua realização efetiva, auxilia a diagnosticar o câncer precocemente e aumentar a chance de sobreviver (Amorim et al., 2011; Paiva, Motta, & Griep, 2011).

Devido à tendência de recusa de homens em realizar o ETR por causa de crenças preconceituosas que cercam o exame (ver Gomes, Nascimento, Rebello, & Araújo, 2008 e Nascimento et al., 2011), surgiu o interesse que motivou esta pesquisa. É importante ressaltar que segundo a TAP mesmo quando o indivíduo está de acordo com a importância de aderir ao comportamento de cuidado e realização do ETR, por exemplo, é necessário que ele faça uma avaliação das eventuais implicações como positivas, a fim de que a possibilidade de execução do comportamento seja efetiva. Por esse motivo, a TAP permite apreender quais são as principais crenças e avaliações dos indivíduos frente à possível ação de realizar o exame.

Posto que diferentes estudos têm demonstrado a aplicabilidade do modelo da TAP em previsões comportamentais (Ajzen & Klobas, 2013; D'Amorim et al., 1992; Moutinho &

Roazzi, 2010; Romano & Netland, 2008), acredita-se que as crenças normativas, comportamentais e de controle podem ajudar a explicar comportamentos de saúde. Dessa maneira, acredita-se que ao conhecer as crenças e as intenções de alguém permitirá fazer inferências sobre seu comportamento e, talvez, modificá-lo por meio de intervenções específicas para melhor adaptação dos sujeitos. Neste trabalho, a proposição do modelo é estudar a formação das intenções sobre o comportamento alvo, mensurando a atitude, normas e percepção de controle a fim de mapear os principais preditores da intenção de realizar o comportamento em questão. O modelo da TAP usado aqui não tem como objetivo mensurar o comportamento (a ação em si), mas os preditores da intenção, visto que esta é considerada a principal variável preditora do comportamento futuro.

Dado o exposto, esta pesquisa teve como objetivo conhecer os fatores preditivos da intenção para fazer inferências sobre o comportamento de realização do ETR de homens que nunca o fizeram (G1) e de homens que já o fizeram (G2), por meio da regressão linear. Tendo em vista que o ETR é a base desta pesquisa, buscou-se ainda, identificar os principais preditores da TAP mediante a análise de moderação, buscando entender a interação das variáveis da TAP de acordo com o grupo em que se encontravam os sujeitos.

Método

Participantes

O estudo foi realizado na cidade de Aracaju (SE), com 256 indivíduos do sexo masculino que compuseram dois grupos da amostra. O primeiro grupo (G1, $n = 145$) foi composto por homens que nunca realizaram o exame. Já o segundo grupo (G2, $n = 111$) foi composto por homens que já realizaram o ETR. Em ambos os grupos, a faixa etária foi de 40 a 70 anos e foi investigada a intenção de realizar o exame do toque (no G1 pela primeira vez e no G2 a intenção em realizar novamente). Os participantes foram abordados de modo assistemático, acidentalmente ou por conveniência, em suas residências ou praças.

Os critérios de inclusão para o G1 foram: não ter feito o ETR e estar dentro da faixa etária indicada; e para o G2: ter realizado o ETR e estar dentro da faixa etária indicada. Como critérios de exclusão para ambos os grupos: ter sido diagnosticado com câncer de próstata ou ter o diagnóstico prévio de algum transtorno físico ou mental incapacitante.

Instrumentos e Procedimentos

Utilizou-se um questionário contendo questões sociodemográficas (Anexo 5): idade (em anos), cor de pele (branca, parda/preta e outras), estado civil (com relação estável ou sem relação estável), escolaridade (abaixo superior ou superior), nível de religiosidade (numa escala de 0 a 10), ocupação (trabalha ou não trabalha). No mesmo questionário foram incluídas questões clínicas, tais como: já realizou o exame (sim ou não), se já realizou outro exame preventivo do câncer de próstata (sim ou não, se sim dizer qual), presença de doença crônica (sim ou não, se sim dizer qual) e status autopercebido de saúde (atribuição de nota que varia de 0 a 10).

Além do questionário citado foi construída uma escala com medidas (Anexo 6) de atitudes [Alpha de Cronbach (α) = 0.76], de normas subjetivas (α = 0.81), de percepção de controle (α = 0.76) e de intenção comportamental (α = 0.74), cujo material de base foi extraído de estudos que objetivaram conhecer crenças e conhecimentos acerca do ETR (Amorim et al., 2011; Arroll, Pandit, & Buetow, 2003; Gomes et al., 2008; Lucumí-Cuesta & Cabrera-Arana, 2005; Moyer, 2012; Nascimento et al., 2011; Nikendei et al., 2015).

Para mensurar as atitudes foi pedido aos participantes que respondessem aos itens que correspondem às atitudes frente ao ETR; à força das crenças normativas para cada grupo de referência e a motivação do participante em seguir a essas pressões; às crenças a respeito do desempenho e controle sobre o comportamento de realizar o ETR; e ao grau ao qual um indivíduo estava motivado a realizar o exame de toque retal.

Os itens foram organizados em uma escala que avalia todos os construtos presentes na TAP e, então, passou por avaliação de juízes que analisaram os itens construídos e os pontuaram

com base na clareza da linguagem, pertinência e relevância teórica. Após as modificações sugeridas, alcançou-se concordância de 99%, o que levou à conclusão de que ela se encontrava pertinente para uso nesta pesquisa. Após a avaliação permaneceram 33 itens que consistiam numa variação Likert, de 5 pontos em escalas bipolares, no qual as respostas de todos os itens serviram como medida direta e indireta de seus respectivos construtos. Quanto mais alta a pontuação (o escore) dos participantes, mais favorável ao comportamento é ele. Após essa avaliação, o instrumento passou por um teste piloto com 20 sujeitos com características similares as da presente amostra, o que confirmou sua aplicabilidade.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 50456715.9.0000.5546) (Anexo 3). Junto ao questionário, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7), explanando a confidencialidade de suas respostas e permitindo o uso das informações prestadas durante entrevista para publicação de dados científicos. O tempo médio de coleta foi de 15 minutos.

Análise dos Dados

Para a análise de dados, as respostas obtidas acerca dos dados sociodemográficos e clínicos, bem como das escalas, foram analisadas com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science v20*). Para analisar os dados foram realizadas análise exploratória, obtenção dos escores, correção de escalas e avaliação de pressupostos da estatística paramétrica. O total de missings e outliers não ultrapassou 1% do total da amostra, sendo em ambas as condições substituídos pela média (para variáveis ordinais) ou pelo estrato de maior frequência (para variáveis nominais).

Para os escores finais da Escala da TAP, efetuaram-se as estatísticas descritivas (frequências relativa e absoluta, média e desvio-padrão). Para delineamento dos principais preditores da intenção comportamental, tendo como preditores apenas as variáveis que exibiram

significância estatística na análise bivariada, executou-se Regressão Linear tendo como preditores todas as variáveis do estudo. Para rodar a regressão, optou-se por repetir as respostas dos sujeitos (quintuplicar os dados), possibilitando uma análise mais confiável.

A análise da regressão foi rodada em quatro blocos. O primeiro, composto apenas por variáveis sociodemográficas, analisou as variáveis idade, estado civil, escolaridade e religiosidade; no segundo houve a inserção das variáveis clínicas; no terceiro foram incluídas as variáveis da TAP; e por fim, no quarto foi feita uma análise de moderação. Nos três primeiros blocos o objetivo foi identificar relações entre a VD (intenção) e as demais variáveis, enquanto no quarto bloco, visou-se apontar interação entre normas, atitudes, percepção de controle *versus* intenção, moderadas pelo fato de ter feito ou não o ETR. A análise de moderação serve para apontar a interação que afeta a força e direção da relação entre VD e VI's (Baron & Kenny, 1986). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

A média de idade da amostra geral foi de 55,2 anos [Desvio Padrão (DP) = 7,58]. A amostra total foi composta por homens pardos (47,3%; $n = 121$), seguidos por brancos (30,1%; $n = 77$) e pretos ou outros (22,7%; $n = 58$). A maioria era casado (66,4%; $n = 160$).

No que tange as variáveis clínicas, a maior parte dos participantes informaram não ter contato com alguém próximo que tenha sido diagnosticado com câncer de próstata (71,5%; $n = 183$), sendo que dentre os que afirmaram ter esse contato 34,2% ($n = 25$) afirmaram que era amigo e 19,2% ($n = 14$) disseram ser o seu pai. A média do nível de religiosidade da amostra total foi de 5,8 ($DP = 2,88$) e do status de saúde 6,9 ($DP = 1,76$) pontos. A renda média familiar nos últimos três meses foi de R\$2.201,8 ($DP = 1815,23$). Quem realizou o ETR, o fez há 21,2 meses em média ($DP = 18,93$). Quanto à descrição por grupo, os homens que fizeram o ETR eram mais velhos (59,2 anos em média; $DP = 6,49$), enquanto os homens que nunca realizaram o exame tinham uma média de 52,1 anos ($DP = 6,87$).

Em relação ao fato de ter feito ou não o ETR, 56,6% dos homens entrevistados nunca realizaram o exame do toque (G1; $n = 145$) e 43,4% já o fizeram (G2; $n = 111$). A maioria no G1 declarou ter estudado até o ensino médio (47,6%; $n = 69$), enquanto no G2 a maioria afirmou ter estudado o ensino superior (58,6%; $n = 65$). Em relação à ocupação, ambos os grupos apresentaram mais participantes com algum tipo de ocupação (G1 = 71,0%, $n = 103$; G2 = 56,8%, $n = 63$). A maioria dos participantes de ambos os grupos informou não ser portador de DC: G1 (72,4%; $n = 105$) e G2 (54,1%, $n = 60$). No geral, o G1 informou já ter realizado algum outro exame preventivo para o câncer de próstata, além do ETR (75,2%; $n = 109$), enquanto o G2 não realizou nenhum exame preventivo (87,4%; $n = 97$).

Em relação aos construtos da TAP, os valores médios do G1 foram: atitudes com 33,1 pontos ($DP = 2,52$; Mínimo [Min] = 10 e Máximo [Max] = 50; $Range = 27-40$); normas subjetivas com 33,3 ($DP = 2,79$; $Min = 9$ e $Max = 45$; $Range = 26-41$); percepção de controle comportamental 34,1 ($DP = 3,55$ $Min = 9$ e $Max = 45$; $Range = 24-41$) e intenção comportamental 20,6 pontos ($DP = 1,32$ $Min = 5$ e $Max = 25$; $Range = 17-24$). Já no G2 os valores médios foram: atitudes com 33,0 pontos ($DP = 2,39$; $Min = 10$ e $Max = 50$; $Range = 27-40$); normas subjetivas com 33,3 pontos ($DP = 3,60$; $Min = 9$ e $Max = 45$; $Range = 24-41$); percepção de controle com 32,5 pontos ($DP = 3,77$; $Min = 9$ e $Max = 45$; $Range = 24-40$) e a escala de intenção com 20,1 pontos ($DP = 1,21$; $Min = 5$ e $Max = 25$; $Range = 18-23$).

Nas Regressões Lineares, no bloco 1 (variáveis sociodemográficas) todas as variáveis exibiram significância estatística. Os homens mais jovens, de menor escolaridade, de maior religiosidade e que não eram casados demonstraram maior intenção de fazer o ETR (Tabela 1). Com a inclusão das variáveis clínicas (bloco 2), viu-se que quem fez o ETR teve menor intenção de fazer o exame do que aqueles que nunca o fizeram. É possível observar, ainda, que os homens que já fizeram algum outro exame preventivo da próstata tiveram maior intenção de realizar o ETR.

No bloco 3 houve a inclusão das variáveis que compuseram a TAP. Todas as três se mostraram relacionadas à intenção comportamental, isto é, quanto maior foram a percepção de controle, as atitudes e as normas, maior também foi a intenção de fazer o exame. Por último, na análise de moderação (bloco 4), inicialmente se notou que a variável “Fez o ETR” perdeu sua significância estatística. Isso evidenciou um efeito de explicação completa da moderação dessa variável sobre os construtos da TAP. Tal dado de moderação demonstrou que a intenção de fazer o ETR em homens que já fizeram ou não o exame diferiram segundo a consideração das dimensões explicativas fornecidas pela TAP.

Tabela 1

Sumário das Regressões Lineares para a predição da Intenção Comportamental de Realização do Exame de Toque Retal

Bloco 1. Variáveis sociodemográficas ($R^2 = 0,049$)	B	SEB	t	β	p
Constante	22,715	0,310	73,387	-	<0,001
Idade (em anos)	-0,028	0,005	-5,978	-0,165	<0,001
Escolaridade (1 = abaixo de superior; 2 = superior)	-0,293	0,072	-4,045	-0,112	<0,001
Estado Civil (1 = não casado; 2 = casado)	-0,279	0,076	-3,669	-0,102	<0,001
Nível de religiosidade (escore)	0,027	0,012	2,156	0,060	0,031
Bloco 2. Inclusão das variáveis clínicas ($R^2 = 0,068$)	B	SEB	t	β	p
Constante	22,520	0,310	72,706	-	<0,001
Idade (em anos)	-0,024	0,005	-4,475	-0,140	<0,001
Escolaridade (1 = abaixo de superior; 2 = superior)	-0,240	0,074	-3,242	-0,092	0,001
Estado Civil (1 = não casado; 2 = casado)	-0,249	0,075	-3,299	-0,091	0,001
Nível de religiosidade (escore)	0,017	0,013	1,325	0,037	0,185
Fez o ETR (1 = não fez; 2 = fez o ETR)	-0,463	0,098	-4,738	-0,177	<0,001
Outro exame preventivo (1 = não; 2 = sim)	0,369	0,092	4,034	0,142	<0,001
Bloco 3. Inclusão das variáveis da TAP ($R^2 = 0,083$)	B	SEB	t	β	p
Constante	19,182	0,735	26,089	-	<0,001
Idade (em anos)	-0,025	0,005	-4,575	-0,144	<0,001
Escolaridade (1 = abaixo de superior; 2 = superior)	-0,236	0,073	-3,213	-0,090	0,001
Estado Civil (1 = não casado; 2 = casado)	-0,253	0,075	-3,377	-0,092	0,001
Nível de religiosidade (escore)	0,029	0,013	2,331	0,066	0,020
Fez o ETR (1 = não fez; 2 = fez o ETR)	-0,371	0,099	-3,737	-0,142	<0,001
Outro exame preventivo (1 = não; 2 = sim)	0,305	0,091	3,339	0,118	0,001
Normas subjetivas (escore)	0,042	0,011	3,690	0,103	<0,001
Percepção de controle (escore)	0,026	0,010	2,606	0,074	0,009
Atitudes (escore)	0,030	0,014	2,083	0,057	0,037
Bloco 4. Inclusão das variáveis de moderação ($R^2 = 0,096$)	B	SEB	t	β	p
Constante	18,849	2,000	9,426	-	<0,001
Idade (em anos)	-0,024	0,005	-4,483	-0,141	<0,001

Escolaridade (1 = abaixo de superior; 2 = superior)	-0,221	0,073	-3,006	-0,085	0,003
Estado Civil (1 = não casado; 2 = casado)	-0,241	0,075	-3,227	-0,088	0,001
Nível de religiosidade (escore)	0,020	0,013	1,491	0,043	0,136
Fez o ETR (1 = não fez; 2 = fez o ETR)	0,037	1,213	0,031	0,014	0,975
Outro exame preventivo (1 = não; 2 = sim)	0,328	0,092	3,580	0,127	<0,001
Normas subjetivas (escore)	-0,032	0,038	-0,840	-0,077	0,401
Percepção de controle (escore)	0,029	0,010	2,901	0,083	0,004
Atitudes (escore)	0,111	0,044	2,539	0,211	0,011
ETR-Normas (1 = não fez; 2 = fez o ETR) (escore)	0,048	0,023	2,104	0,644	0,036
ETR-Atitudes (1 = não fez; 2 = fez o ETR) (escore)	-0,062	0,030	-2,072	-0,797	0,038

Nota. Variável dependente: escore da intenção comportamental.

Com os dados da moderação se constatou que o escore de normas teve seu impacto integralmente modificado a depender do grupo (Fez ou Não o ETR), visto que perdeu significância no bloco 4. Noutras palavras, as normas foram preditoras da intenção exclusivamente em virtude de ter feito ou não o exame.

A análise de moderação em relação às atitudes revelou que ter feito o ETR interagiu diretamente com este construto, tendo sido parcialmente afetadas por ter feito ou não o exame. Já a percepção de controle não foi afetada pelo fato de ter feito ou não o exame (não sofreu efeito de moderação). Porém, essa última ainda se mostrou significativa, exibindo relação não moderada com a intenção comportamental.

Os resultados das moderações ‘Normas x ETR’ e ‘Atitudes x ETR’ na predição da intenção trouxeram à tona a influência do ETR sobre as variáveis da TAP. Somente a percepção de controle se manteve com uma capacidade preditiva independente. Como foi possível observar no bloco 4, para os homens que não fizeram o ETR (G1) foram as atitudes que fomentaram a intenção de realizar o exame pela primeira vez, ao passo que entre aqueles que fizeram o ETR (G2), foram as normas que induziram a uma maior intenção de realizar o exame novamente. A percepção de controle, por si só, foi capaz de impactar sobre a intenção, independentemente de o indivíduo ter feito ou não o exame anteriormente.

Ressalta-se, ainda, que os valores de β mostraram que o impacto preditivo das variáveis foi semelhante nos três modelos gerados, mas foi na moderação que as variáveis da TAP mostraram seus maiores efeitos preditivos. Além dessas, cabe lembrar que as variáveis idade, escolaridade, estado civil, outro exame preventivo, atitudes (escore) e percepção de controle (escore) também exibiram significância no bloco 4, alcançando-se, então, o melhor modelo preditivo deste estudo.

Discussão

Este estudo teve como objetivo principal mensurar a TAP de forma a identificar os principais fatores preditivos da intenção em realizar o ETR. A seguir os achados da pesquisa são discutidos na ordem em que se realizou a montagem do modelo preditivo da intenção, a saber: variáveis sociodemográficas (Bloco 1), variáveis clínicas (Bloco 2), construtos da TAP (Bloco 3) e, por fim, a análise de moderação (Bloco 4). Ao final são apontadas as principais conclusões da pesquisa, limitações detectadas e eventuais sugestões para novos trabalhos.

A distribuição da presente amostra ficou próxima ao que recomenda o Ministério da Saúde como grupo prioritário para ações de prevenção e conscientização a respeito do CA de próstata (a partir dos 50 anos para homens sem histórico familiar e dos 40 anos para quem possui histórico na família), especialmente em virtude da idade média, que foi de 55 anos no geral. Com a regressão das variáveis sociodemográficas, presentes no bloco 1, percebeu-se que os homens mais novos, com escolaridade abaixo do superior, não casados e de maior religiosidade foram aqueles que exibiram maior intenção. Vale destacar que as variáveis sociodemográficas são importantes, pois ajudam a identificar o público que tem maior intenção de fazer o ETR, possibilitando a delimitação de intervenções em grupos específicos.

No bloco 2 da regressão foram incluídas as variáveis “Fez o ETR” e “Outro exame preventivo”. É possível notar no bloco 2 que quem fez o ETR (G1) demonstrou menor intenção de realiza-lo, o que neste caso significa realizar o exame novamente. Supõe-se que quem não fez o ETR anteriormente se mostrou mais consoante com a norma social. Importa notar que ter a menor intenção não significa que certamente deixará de fazer o exame, mas que há fatores que podem estar provocando uma diminuição na adesão ao exame. Uma experiência desconfortável na execução do primeiro exame, por exemplo, pode culminar em emoções negativas e diminuir a busca em anos posteriores (Gomes et al., 2011). Com base nestes achados, talvez uma experiência desagradável possa ter causado desconforto físico e emocional

em alguma das vezes em que realizou o exame, visto que o toque na região anal pode ter sido associado a dor (física e/ou simbólica) e ao próprio desconforto de ser tocado nas partes mais íntimas de um homem. O desconforto pode ser associado, ainda, a fragilidade da masculinidade, remetendo a experiência de realização do exame ao preconceito já existente acerca deste (para preconceito e masculinidade ver Gomes et al., 2008; Paiva et al., 2011).

Ainda no bloco 2, constatou-se que ter feito outro exame preventivo para o câncer de próstata se mostrou como um preditor significativo para a intenção de fazer o ETR. Isso significa que os homens que fizeram exames, a exemplo do PSA ou a ultrassonografia, foram aqueles que tiveram maior intenção de fazer o ETR. Com isso, percebeu-se que o ato da pessoa se envolver com o autocuidado parece incentivar que os indivíduos façam o ETR, que é considerado um dos exames mais efetivos para detecção do câncer de próstata (Arroll et al., 2003). Isso foi de encontro a algumas pesquisas, nas quais os resultados apontam que, por vezes, os homens fazem o exame de sangue (PSA) numa tentativa de evitar o ETR (Nascimento et al., 2011; Souza, Silva, & Pinheiro, 2011). A realização conjunta desses exames preventivos é importante, uma vez que se acredita que o ETR falha em 30 a 40% dos diagnósticos, enquanto o PSA falha em 20%. Juntos, eles preveem uma falha de apenas 5% dos casos (Srougi, 2003), possibilitando um diagnóstico mais exato.

Com a inclusão das variáveis da TAP no bloco 3, viu-se que o escore das atitudes, normas, percepção de controle e intenção tiveram médias altas. Descritivamente, os construtos que tiveram escores mais altos foram normas e percepção de controle, alcançando o quartil mais alto de pontuações ($75\% \geq 36$ pontos), mas com baixa variabilidade, que mostra que, em geral, os sujeitos apresentaram normas e percepção de controle altos. Sobre os outros dois, atitudes e intenção, os resultados mostraram que ambos também tiveram baixa variabilidade, dado que os sujeitos apresentaram pontuações bem próximas. Vale notar que todos os três construtos da TAP tiveram uma relação positiva com a intenção, ou seja, quão mais alta a pontuação dos

construtos maior foi a intenção. Isso reitera a importância da conformação teórica do modelo da TAP, ou seja, confirma o modelo pressuposto.

A respeito das normas, viu-se que foi o construto com o β mais alto, isto é, o mais forte preditor da intenção. Norma subjetiva significa o grau que o indivíduo percebe que pessoas próximas a ele apoiam a realização de determinado comportamento (Ajzen, 2011). Miller e Iris (2002) apontaram que a norma, dentre os construtos da TAP, é um dos elementos mais importante no estudo da saúde, visto que as pessoas próximas, a exemplo da esposa, têm sido apontadas pela literatura como fator de extrema importância no incentivo da busca de homens por serviços preventivos. Nesta pesquisa, norma equivale a sentir-se apoiado e estimulado por pessoas próximas a fazer o ETR, e seguir as prescrições, o que tem sido positivamente associado a mais adequadas práticas de saúde (Arroll et al., 2003; Borges & Seidl, 2012) e foi corroborado com o presente achado.

Sobre a percepção de controle, entendida como o grau que os indivíduos creem que estão aptos para fazer o ETR, o que se viu foi que quanto maior a percepção desse controle, maior foi a intenção de fazer o ETR. A percepção de controle se caracteriza como um fator essencial para se pensar intervenções para o público masculino de forma geral, já que o controle que os sujeitos acreditam ter pode estar diretamente relacionado à sua motivação para a ação (Roazzi et al., 2014).

As atitudes, entendidas como os sentimentos e as crenças do indivíduo sobre a efetivação de um comportamento (Ajzen & Fishbein, 2000), também mostraram ser preditoras da intenção, ou seja, a motivação e as emoções envolvidas na realização do ETR são capazes de auxiliar a identificar quais sujeitos têm como propósito fazer o ETR. Isso reforça a concepção de que o ETR pode despertar significativas reações emocionais, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis (Borges & Seidl; Paiva, Motta, & Griep, 2010), ratificando a importância da valoração diante de ações voltadas à intenção e à ação.

As campanhas de combate e prevenção ao CA de próstata têm aumentado a visibilidade de exames preventivos, a exemplo do ETR. Tais campanhas enfatizam, mesmo que não intencionalmente, os construtos da TAP. A campanha Novembro Azul, por exemplo, criada no Brasil em 2008 pelo Instituto Lado a Lado pela Vida (para mais, ver <https://www.ladoaladopelavida.org.br/campanha/novembro-azul>) enfatiza basicamente as normas quando ela reproduz a frase “faça o exame”, o controle quando transmite a ideia de que “você pode fazer o exame do toque sempre que quiser” e ao incentivar a realização do ETR por meio da valoração emocional, dizendo que “fazer o ETR é uma prática de amor”, ela notabiliza as atitudes. Diante dessas informações, compreende-se que é possível analisar intervenções de anos anteriores e assim perceber qual ênfase foi atribuída e, conseqüentemente, qual o público potencialmente mais atingido.

No bloco 4, no qual constou a análise de moderação, viu-se que a inclusão de tal análise teve um efeito integral. Isso significa que a inclusão da análise de moderação suprimiu a significância da variável “Fez o ETR”. Assim, na medida em que ela perdeu significância é porque ela foi completamente explicada pelo cruzamento com outras variáveis (Baron & Kenny, 1986). Tal dado é interessante, pois revela que variáveis psicológicas (como atitudes, normas, dentre outras) tendem a se modificar a depender da experiência do indivíduo (pelo fato de ter feito ou não o ETR, por exemplo), modificando sua intenção comportamental (Ajzen, 2011; Romano & Netland, 2008). Neste caso, significa que ter feito ou não o ETR anteriormente não interferiu na relação entre as atitudes/normas/controle e a intenção, já que a variável “Fez o ETR” foi totalmente explicada pelo modelo da teoria.

Detalhando-se a análise de moderação, viu-se que ela foi completa no caso das normas, pois a norma foi completamente explicada pelo fato de ter feito ou não ETR: aqueles que fizeram o ETR sofreram maior influência das normas, isto quer dizer que a norma parece ser mais efetiva neste grupo para predizer a intenção, ao passo que entre os que não fizeram a norma

não revelou influência sobre a capacidade de explicar a intenção. Quanto às atitudes, a moderação foi incompleta, ou seja, apenas parte da variabilidade das atitudes foi explicada pelo fato de ter feito ou não o ETR: para aqueles que não fizeram o ETR, as atitudes parecem ser a principal fonte influenciadora da intenção. Por outro lado, visto que a explicação foi parcial, é possível dizer que para aqueles que já fizeram o exame, as atitudes também influenciam a intenção, motivando sua realização. Em relação ao controle, não houve moderação pela variável ETR.

Considerando-se os achados da pesquisa, especialmente no caso da análise de moderação, é possível inferir que as campanhas podem ser mais bem direcionadas de acordo com o perfil do indivíduo-alvo, pois ter feito ou não o ETR se mostrou capaz de alterar a intenção de realiza-lo. Assim, haveria tanto estratégias generalistas – pensadas de modo independente ao fato de ter feito ou não o ETR –, como específicas por grupo – voltadas seletivamente àqueles que já fizeram ou não o exame.

Com base nos achados da presente pesquisa, entende-se que para influenciar em “quem já fez o ETR” (Alvo A) a realizar o exame novamente, as campanhas deveriam priorizar “a necessidade de fazê-lo” (Foco A) (normas). Para “aqueles que nunca fizeram” (Alvo B) o exame, “os sentimentos” (Foco B) (que alimentam as atitudes), poderiam ser o foco das campanhas para a realização do ETR pela primeira vez. Para “ambos os grupos” (Alvo C), a “percepção de controle” sobre o exame (Foco C) deveria ser incentivado, já que independe de ter feito ou não o exame.

Com efeito, o mote principal de uma campanha que contemple essas três facetas abrangeria a diversidade do público-alvo de prevenção para o CA de próstata, com base em sua experiência anterior com o ETR. Logo, o fato de ter ou não feito o ETR demanda ênfases específicas na ação psicoeducativa em saúde, pois o público-alvo, à exceção de serem homens,

não é homogêneo. Por isso, é necessário lidar com especificidades no que tange à diferenciação da vulnerabilidade ao impacto das campanhas.

Saber, portanto, discriminar as ações segundo as características psicológicas do grupo pode ampliar a capacidade de afetar positivamente as diferenciações intragrupais. Isso potencialmente elevaria a chance de adesão em diferentes condições: tanto entre aqueles que já fizeram, como aqueles que ainda não fizeram. A seguir, para materializar a intenção de fazer o ETR, com base nos resultados obtidos na análise de moderação (bloco 4), sugere-se três frases para futuras campanhas:

1) *“Faça o exame do toque retal, ele é necessário e vai ajudar a sua saúde”*. Com o foco nas Normas, o principal grupo-alvo seria composto por homens que já realizaram o ETR.

2) *“Fazê-lo é um ato de amor consigo mesmo e com sua família”*. Aqui, cujo foco é a Atitude, espera-se que sejam mais sensíveis à mensagem aqueles que ainda não fizeram.

3) *“Vá ao posto de saúde, pois no dia que você quiser fazer terá alguém a sua disposição”*. Por fim, com a mensagem do controle todo o grupo seria beneficiado, pois foi a variável da TAP que não sofreu o impacto da experiência de ter realizado o ETR.

Salienta-se, ainda, que variáveis sociodemográficas também permaneceram significativas no modelo final, ou seja, embora se proponha essa campanha com base exclusiva na TAP, há o impacto importante de outras variáveis no entendimento do comportamento de saúde masculino (Lucumí-Cuesta & Cabrera-Arana, 2005), tornando-se essenciais na predição da intenção de fazer o ETR.

Como limitações desta pesquisa, aponta-se o fato de que esta amostra não foi randomizada, assim, é necessário ter cautela na extrapolação dos dados para outros contextos, não sendo possível generalizar indiscriminadamente os dados aqui encontrados. É preciso levar em consideração que a presente amostra se restringe a um grupo específico de homens que optaram por participar da pesquisa e falar de suas crenças acerca do ETR que, como se abordou

nesta investigação, ainda é um tema que pode ser considerado Tabu. Outra limitação se deve ao fato de que neste estudo se pesquisou Ter feito X Não ter feito o ETR. Assim, dentre quem fez, não se avaliou quantas vezes ocorreu, nem há quanto tempo, o que implicou que, talvez, a atitude mais negativa pode ter sido associada à recenticidade do exame. Por esse motivo, tal limitação fica como sugestão para que novas pesquisas controlem quantas vezes o indivíduo já fez o ETR.

Aconselha-se, ainda, modificar as escalas de resposta, visto que todas as pontuações descritivas foram muito altas. Tal ação favoreceria a busca por maior variabilidade das pontuações. Neste estudo, embora fosse importante, não foi aplicada escalas de preconceito e masculinidade. Acredita-se que seria importante fazer o uso dessas escalas, para saber se as atitudes, normas e controle variam de acordo com esses fatores.

Por fim, ressalta-se que esta pesquisa pode servir como base para a elaboração de campanhas/intervenções direcionadas, de forma a diminuir os empecilhos e promover maior adesão à prevenção. Cabe ainda salientar que a TAP tem sido usada para explicar como os comportamentos de saúde e as campanhas que têm como foco seus elementos podem ser mais eficazes em termos de previsibilidade, obtendo resultados de extrema relevância para a Psicologia da Saúde.

Referências

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Recuperado em 2 de julho de 2016, de http://chuang.epage.au.edu.tw/ezfiles/168/1168/attach/20/pta_41176_7688352_57138.pdf

- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995
- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 438-459). London: Sage.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predictive social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude–behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Orgs.), *European review of social psychology* (pp. 1-33). New York: John Wiley & Sons. doi:10.1080/14792779943000116
- Ajzen, I., & Klobas, J. (2013). Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demographic Research*, 29(8), 203-232. doi: 10.4054/DemRes.2013.29.8
- Albarracín, D., Kumkale, G. T., & Johnson, B. T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: A research synthesis. *AIDS care*, 16(6), 700-723. doi: 10.1080/09540120412331269558
- Amorim, V. M. S. L., Azevedo Barros, M. B., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M. C. G. P. (2011). Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: Um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*, 27, 347-356.
- Arroll, B., Pandit, S., & Buetow, S. (2003). Prostate câncer screening: Knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. *The New Zealand Medical Journal*, 116(1176):U477.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173

- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2012). Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 66-81.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23(7), 745-765. doi: 10.1080/08870440701544437
- D'Amorim, M. A. M., Freitas, C., & Sá, G. (1992). A motivação para realizar o auto-exame de mama: Uma aplicação da teoria da ação planejada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 169-185.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F. D., Rebello, L. E. F. D. S., Couto, M. T., & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 983-992.
- Gomes, R., & Nascimento, E. F. (2006). A produção do conhecimento da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 22, 901-911.
- Gomes, R., Nascimento, E. D., Rebello, L. E. F. S., & Araújo, F. C. D. (2008). As arranhaduras da masculinidade: Uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 1975-1984.
- Hankins, M., French, D., & Horne, R. (2000). Statistical guidelines for studies of the theory of reasoned action and the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 15(2), 151-161. doi: 10.1080/08870440008400297
- Lucumí-Cuesta, D. I., & Cabrera-Arana, G. A. (2005). Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: Hallazgos de un estudio exploratorio. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 1491-1498.

- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. doi: 10.1080/17437199.2010.521684
- Miller, A. M., & Iris, M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education & Behavior*, 29(2), 249-267.
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: Relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9, 279-287.
- Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: Us preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 157, 120-134. doi:10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459
- Nascimento, E. P. D., Florindo, A. A., & Chubaci, R. Y. S. (2011). Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: Conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34, 7-18.
- Nikendei, C., Diefenbacher, K., Köhl-Hackert, N., Lauber, H., Huber, J., Herrmann-Werner, A., ... & Krautter, M. (2015). Digital rectal examination skills: First training experiences, the motives and attitudes of standardized patients. *BMC Medical Education*, 15, 1-33. doi: 10.1186/s12909-015-0292-7
- Paiva, E. P., Motta, M. C. S., & Griep, R. H. (2010). Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 88-93.
- Paiva, E. P., Motta, M. C. S., & Griep, R. H. (2011). Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 73-80.
- Roazzi, A., Almeida, N. D., Nascimento, A. M., Souza, B. C., Souza, M. G. T. C., & Roazzi, M. M. (2014). Da Teoria da ação racional à teoria da ação planejada: Modelos para explicar e prever o comportamento. *Revista Amazônica*, 13, 175-208.

- Romano, J. L., & Netland, J. D. (2008). The application of the theory of reasoned action and planned behavior to prevention science in counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 36*, 777-806. doi: 10.1177/0011000007301670
- Srougi, M. (2003). *Próstata: Isso é com você*. São Paulo: Publifolha.
- Souza, L. M., Silva, M. P., & Pinheiro, I. S. (2011). Um toque na masculinidade: A prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 32*, 151-158.
- Sutton, S. (2002). Using social cognition models to develop health behaviour interventions: Problems and assumptions. In D. Rutter & L. Quine (Eds.), *Changing health behaviour: Intervention and research with social cognition models* (pp. 193-208). Buckingham and Philadelphia: Open University Press.

Considerações Finais

Esta dissertação buscou desenvolver um modelo capaz de prever o comportamento de realização do ETR, por meio da aplicação da TAP, de forma a identificar primeiramente as crenças que os homens têm acerca do ETR e, em seguida, prever a intenção de realizar o ETR por meio das atitudes (afeto pró ou contra o exame), normas subjetivas (pressão dos familiares para que realize ou não o exame), percepção de controle (o quanto ele acredita ter controle sobre a ação) de homens que já fizeram o exame anteriormente (G1) e de homens que nunca o fizeram (G2). Para tanto, foram realizados três estudos sequenciais.

No Estudo 1 foi realizado um capítulo teórico sobre a TAP e sua aplicabilidade a comportamentos de saúde do homem, com ênfase no comportamento de realização do ETR. O capítulo deste estudo buscou expor como as crenças em saúde que permeiam o comportamento masculino podem auxiliar a esclarecer a baixa procura por atendimento médico e reduzir índices de mortalidade. No Estudo 2, procurou-se identificar as principais crenças de homens acerca do ETR, comparando o padrão de respostas de homens que fizeram o exame em algum momento da vida e de homens que nunca o fizeram, a fim de identificar como o contato prévio (ou não) com o exame poderia influenciar as crenças acerca dele, possibilitando reconhecimento de crenças que poderiam se caracterizar como barreiras para sua realização, seja pela primeira vez ou novamente. Finalmente, no Estudo 3, investigou-se o modelo predito da TAP visando identificar os principais preditores da intenção em realizar o ETR. Para que o objetivo desse estudo pudesse ser alcançado foi necessário elaborar uma escala específica da TAP que fosse capaz de mensurar as atitudes, normas, percepção de controle e intenção de fazer o ETR.

Diante do interesse em dar aplicabilidade ao modelo em questão, fez-se importante a produção de um capítulo que mostrasse como a TAP, na forma de modelo de predição comportamental, pode ser útil para apreender como funcionam (ou não) os cuidados preventivos

em saúde de homens. O Estudo 1 evidenciou que ainda hoje há poucos estudos na literatura nacional e internacional sobre crenças de homens em relação ao câncer de próstata, bem como acerca de seus exames preventivos. A maior parte dos estudos atuais tem como foco as práticas e atitudes de homens diante da doença, ignorando a importância das crenças que antecedem o comportamento e diversos construtos psicológicos, a exemplo dos construtos da TAP. Isso traz à tona o quão importante é pesquisar as crenças, atitudes, normas, controle, intenção, dentre outros construtos psicológicos que estão relacionados a contextos sociais e da saúde.

Os resultados do Estudo 2 revelaram que os homens que já fizeram o ETR costumaram evocar mais termos voltados à suscetibilidade e gravidade do câncer de próstata, isto é, ao quanto eles acreditam que a doença é grave e às chances de contrai-la. Os dados desse estudo apontaram as principais crenças e mostraram como cada grupo vê o ETR, o que é de extrema relevância já que ter essas informações possibilita que profissionais da saúde possam intervir de modo pontual a depender da experiência anterior com o ETR.

Já os resultados do Estudo 3 indicaram que o modelo da TAP para a predição da intenção de realizar o ETR se mostrou significativo, ajudando a entender como a experiência anterior com o ETR pode estar relacionada a maior ou menos intenção de fazê-lo, possibilitando ampliar a visão de como as campanhas para o ETR têm o poder de aumentar sua eficácia e a adesão tanto de forma específica, como geral.

Cada estudo compôs um capítulo desta dissertação e a análise conjunta dos mesmos serviu para identificar aspectos relevantes da teoria e do modelo que compõe a TAP, aplicando-a a um contexto específico de modo que pudesse servir de base para o desenvolvimento prático do modelo. Visto que as crenças antecedem e formam os construtos da TAP (as atitudes, as normas, a percepção de controle e a intenção), considerou-se necessário identificar as crenças mais presentes entre os homens, para que posteriormente houvesse a investigação dos construtos em si e do poder de predição que cada um tem sobre a intenção comportamental.

Todos os estudos estão integrados, produzindo uma investigação única na temática da prevenção do CA de próstata e do ETR na perspectiva da Psicologia da Saúde.

Enfim, considerou-se que os objetivos propostos nesta dissertação foram alcançados e acredita-se que os resultados aqui apresentados contribuíram para a ampliação dos conhecimentos acerca das crenças em saúde, das atitudes, normas, percepção de controle e intenção no público masculino. Visto que a população masculina ainda é pouco investigada quando comparado a estudos com o público feminino, espera-se que esta dissertação sirva como incentivo a pesquisas e intervenções práticas neste público, dado que se faz necessário voltar um pouco mais de cuidados e atenção àqueles que, muitas vezes, não se veem como alvos de enfermidades. Ressalta-se a importância da Psicologia da Saúde na investigação de comportamentos protetivos e preventivos, considerando aspectos psicológicos, clínicos e fisiológicos, contribuindo para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, identificação de relações etiológicas e diagnósticas de saúde. Dessa forma, aponta-se a importância de mudanças de comportamentos em saúde, visto que a participação ativa dos indivíduos frente aos cuidados preventivos é, muitas vezes, o que define o status de saúde e doença presente em suas vidas.

Anexos

Anexo 1. Questionário Sociodemográfico e Clínico de Crenças sobre o ETR.

1. Idade: _____
2. Cor de pele ou raça: () Amarela / () Branca / () Indígena / () Parda / () Preta / () Outra
3. Estado Civil: () Solteiro / () Namora / () Mora Junto / () Casado / () Divorciado / () Outro. Qual?
4. Escolaridade: () Não-Alfabetizado / () Semi-Alfabetizado / () Fundamental / () Médio / () Superior
5. Atualmente trabalha: () Sim // () Não
6. Em que nível avalia a sua religiosidade (marque um X): <div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Zero – nada religioso Dez – completamente religioso </div>
7. Em que nível avalia o seu status de saúde ou doença (marque um X): <div style="text-align: center;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Zero – Bastante doente Dez – Bastante saudável </div>
8. Possui alguma doença crônica, diagnosticada por médico: () Sim // () Não. Qual? _____
9. Conhece alguém próximo com diagnóstico de câncer de próstata? () Sim // () Não. Se sim, quem é? () Amigo // () Irmão // () Pai // () Tio // () Avô // () Outro
10. Já fez o Exame do Toque Retal? () Sim // () Não Se sim, quando (meses)? _____

Anexo 2. Evocações de Palavras acerca do Exame do Toque Retal

Por favor, responda abaixo quais as 5 (CINCO) primeiras palavras que surgem à mente quando você ouve o termo EXAME DO TOQUE RETAL:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Anexo 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO PREDITIVO ACERCA DAS ATITUDES DE HOMENS FRENTE À REALIZAÇÃO DO EXAME DO TOQUE RETAL

Pesquisador: Geovanna Santana de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50456715.9.0000.5546

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.370.681

Apresentação do Projeto:

O estudo será realizado em 4 bairros da cidade de Aracaju (SE), contando com uma amostra esperada de 200 indivíduos do sexo masculino que irão compor dois grupos da amostra. O primeiro grupo (G1) será composto por homens que nunca realizaram o exame, com faixa etária entre 45 e 55 anos. Já o segundo grupo (G2) será composto por homens que já realizaram o exame do toque retal, com idade entre 55 e 65 anos. Em ambos os grupos serão investigadas a intenção em realizar o exame do toque (no G1 pela primeira vez e no G2 a intenção em realizar novamente). Os participantes serão abordados em suas residências e/ou praças. Pretende-se conduzir a estratégia de coleta sorteando-se 2 bairros na região norte e 2 bairros na região sul do município. A amostragem será probabilística, por conglomerado em múltiplas etapas. Nas visitas aos domicílios, apenas um morador será incluído na amostra. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário contendo questões sociodemográficas e clínicas. Além do questionário citado será utilizada uma escala com medidas de atitudes, normas subjetivas, percepção de controle e intenção comportamental

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.370.681

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um modelo preditivo do comportamento frente ao Exame do Toque Retal, em homens adultos de meia idade, por meio da aplicação da TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA

Objetivo Secundário:

•Identificar as principais crenças sobre os resultados prováveis do comportamento de realizar o ETR e as avaliações destes resultados. •Identificar as principais crenças sobre a pressão social exercida para que o sujeito realize ou não o ETR. •Identificar o grau percebido de facilidade/dificuldade em realizar o exame preventivo de câncer de próstata. •Mensurar a capacidade preditiva da intenção de homens em relação ao exame preventivo de toque retal por meio da TAP. •Investigar relações entre variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil e nível de religiosidade) e clínicas (histórico de doença na família, realização de outros exames preventivos, status autopercebido de saúde, evocação de palavras) com o modelo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo de constrangimento que será contornado pela explicação prévia do exame e garantia de sigilo, e se necessário atendimento psicológico. Benefício de melhoria no acompanhamento dos pacientes com a TAP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado em 4 bairros da cidade de Aracaju (SE), contando com uma amostra esperada de 200 indivíduos do sexo masculino que irão compor dois grupos da amostra. O primeiro grupo (G1) será composto por homens que nunca realizaram o exame, com faixa etária entre 45 e 55 anos. Já o segundo grupo (G2) será composto por homens que já realizaram o exame do toque retal, com idade entre 55 e 65 anos. Em ambos os grupos serão investigadas a intenção em realizar o exame do toque (no G1 pela primeira vez e no G2 a intenção em realizar novamente). Os participantes serão abordados em suas residências e/ou praças. Pretende-se conduzir a estratégia de coleta sorteando-se 2 bairros na região norte e 2 bairros na região sul do município. A amostragem será probabilística, por conglomerado em múltiplas etapas. Nas visitas aos domicílios, apenas um morador será incluído na amostra. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário contendo questões sociodemográficas e clínicas.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.370.681

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_615602.pdf	11/12/2015 14:00:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	11/12/2015 13:59:30	Geovanna Santana de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/12/2015 13:58:37	Geovanna Santana de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/12/2015 13:49:08	Geovanna Santana de Souza	Aceito
Outros	Questionario_TAP.pdf	26/10/2015 16:04:30	Geovanna Santana de Souza	Aceito
Outros	Questionario_SD.pdf	26/10/2015 16:04:01	Geovanna Santana de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pesquisa Crenças em Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Agradecemos a sua participação voluntária nesta pesquisa que objetiva conhecer as principais crenças de homens da meia idade acerca do Exame do Toque Retal. Este trabalho é feito por mim, Geovanna Santana de Souza, mestranda em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. André Faro, ambos da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Os dados serão coletados por meio de questionários e sua forma de participação será responder de forma sincera. A pesquisa é sigilosa e sua privacidade será mantida. A meta final da pesquisa é voltada para publicação científica e criação de projetos de intervenção em saúde. **É importante que você saiba:**

- ☐ A sua participação não é obrigatória;
- ☐ A qualquer momento você pode desistir de participar, não havendo problemas quanto a isso;
- ☐ Não é necessário se identificar;
- ☐ Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por estar participando;
- ☐ Somente o pesquisador terá acesso aos questionários respondidos;
- ☐ É fornecido e-mail (geovannasantana92@gmail.com) e telefone (79 99117-2166) para que você possa entrar em contato conosco

Concordância em participar:

Recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma

pesquisa, e os resultados somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso eu deseje saber os resultados do estudo ou tenha qualquer dúvida posterior, sei a qual e-mail devo referi-me para esclarecimentos. Além disso, ficou claro para mim que se eu sentir qualquer desconforto durante a pesquisa posso desistir sem qualquer prejuízo pessoal, uma vez que a minha participação não é obrigatória e não há ganhos financeiros e/ou privilégios particulares.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Obrigada pela participação.

Local e data: _____, _____, ____ de ____ de _____

Assinatura do participante

Geovanna S. de Souza. Tel. (79) 99117-2166

Anexo 5. Questionário Sociodemográfico e Clínico – Pesquisa Teoria da Ação Planejada.

1. Idade: _____
2. Cor de pele ou raça: () Amarela / () Branca / () Indígena / () Parda / () Preta / () Outra
3. Estado Civil: () Solteiro / () Namora / () Mora Junto / () Casado / () Divorciado / () Outro. Qual? _____
4. Escolaridade: () Não-Alfabetizado / () Semi-Alfabetizado / () Fundamental / () Médio / () Superior
5. Atualmente trabalha: () Sim // () Não
6. Em que nível avalia a sua religiosidade (marque um X): <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Zero – nada religioso Dez – </div> completamente religioso
7. Renda média FAMILIAR nos últimos 3 meses (valor aproximado em reais): _____
8. Em que nível avalia o seu status de saúde ou doença (marque um X): <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Zero – Bastante doente Dez – Bastante </div> saudável
9. Possui alguma doença crônica, diagnosticada por médico: () Sim // () Não. Qual? _____
10. Você já realizou o Exame do Toque Retal? () Sim // () Não Se sim, quando foi a última vez (em meses)? _____ Quantas fez o fez? _____
11. Conhece alguém próximo com diagnóstico de câncer de próstata? () Sim // () Não. Se sim, quem é? () Amigo // () Irmão // () Pai // () Tio // () Avô // () Outro
12. Já realizou algum outro exame preventivo do câncer de próstata? () Sim // () Não. Qual? _____
13. Quando foi sua última consulta com médico urologista ou proctologista (em meses)? _____

Anexo 6. Escala da Teoria da Ação Planejada

ESCALA DE CRENÇAS E INTENÇÕES

Instruções: As seguintes frases expressam o que você e as pessoas próximas a você podem pensar sobre a realização do Exame do Toque Retal. Responda uma das alternativas abaixo em cada afirmação, de acordo com a sua opinião:

1. Para mim, pensar em ter que fazer o ETR é: <input type="checkbox"/> Muito desagradável <input type="checkbox"/> Desagradável <input type="checkbox"/> Nem agradável nem desagradável <input type="checkbox"/> Agradável <input type="checkbox"/> Muito agradável
2. Minha família acha que eu devo fazer o ETR: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
3. Para mim fazer o ETR é: <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Nem fácil nem difícil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muito fácil
4. Eu acho importante fazer o ETR para descobrir se tenho algum problema na minha próstata: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
5. Quem define quando devo fazer o ETR sou eu. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
6. Acho que fazer o ETR não é coisa de homem macho: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
7. Conheço pessoas que não fizeram o ETR e nem por isso adoeceram: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
8. As pessoas acham que posso sentir prazer ao realizar o ETR: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
9. Eu penso que fazer o ETR só depende de mim. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
10. Meus amigos apoiam que eu faça o ETR: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
11. Eu posso realizar o ETR e ninguém vai saber. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
12. Eu penso que sentirei vergonha ao realizar o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
13. Eu pretendo realizar o ETR um dia. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
14. Não preciso fazer o ETR, pois todos me acham saudável: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
15. Mesmo que eu queira, não tenho coragem de fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
16. Acho que só vou evitar o câncer se fizer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

17. Minha família acha muito importante que eu faça o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
18. Eu acho que fazer o ETR é melhor do que ter câncer. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
19. Não acho necessário realizar o ETR, por isso não o farei. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
20. Quando eu quiser, eu faço o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
21. Acho que o ETR deve ser feito, somente, quando a pessoa sente algum incômodo na próstata. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
22. Se eu estiver bem, não preciso fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
23. Meus amigos acham que os homens não precisam fazer esse exame. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
24. Se eu quiser, sei onde posso fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
25. Acho que serei gay/homossexual se eu realizar o exame. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
26. Meu médico acha que devo fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
27. Eu pretendo fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ainda não sei <input type="checkbox"/> Não
28. Se sim, pretende fazer em quanto tempo? <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Algum dia
29. Com relação a minha saúde, eu acho que fazer o ETR é: <input type="checkbox"/> Muito prejudicial <input type="checkbox"/> Prejudicial <input type="checkbox"/> Não sei dizer <input type="checkbox"/> Benéfico <input type="checkbox"/> Muito benéfico
30. Em relação a realização do ETR, posso dizer que minha família desaprova: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
31. Se eu tiver de ter câncer, não acredito que o ETR vá evitar. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
32. Não quero fazer o ETR porque meus amigos não aprovam: <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
33. Para mim fazer o ETR quando os médicos pedirem é: <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Nem fácil nem difícil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muito fácil
34. Eu sinto medo de fazer o ETR, pois acredito que posso descobrir uma doença. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
35. Eu acho que o ETR pode me afastar de um câncer de próstata. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
36. Sinto uma pressão das pessoas para que eu faça o exame do toque. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
37. Eu nem penso em fazer o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
38. Mesmo que digam que preciso, não farei o ETR. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Nem concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

Anexo 7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pesquisa Teoria da Ação Planejada.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Agradecemos a sua participação voluntária nesta pesquisa que objetiva desenvolver um modelo preditivo do comportamento frente ao Exame do Toque Retal, em homens adultos de meia idade, por meio da aplicação de uma escala de crenças e intenções. Este trabalho é feito por mim, Geovanna Santana de Souza, mestranda em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. André Faro, ambos da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Os dados serão coletados por meio de questionários e sua forma de participação será responder de forma sincera. A pesquisa é sigilosa e sua privacidade será mantida. A meta final da pesquisa é voltada para publicação científica e criação de projetos de intervenção em saúde. **É importante que você saiba:**

- A sua participação não é obrigatória;
- A qualquer momento você pode desistir de participar, não havendo problemas quanto a isso;
- Não é necessário se identificar;
- Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por estar participando;
- Somente o pesquisador terá acesso aos questionários respondidos;
- É fornecido e-mail (geovannasantana92@gmail.com) e telefone (79 99117-2166) para que você possa entrar em contato conosco

Concordância em participar:

Recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso eu deseje saber os resultados do estudo ou tenha qualquer dúvida posterior, sei a qual e-mail devo referi-me para esclarecimentos. Além disso, ficou claro para mim que se eu sentir qualquer desconforto durante a pesquisa posso desistir sem qualquer prejuízo pessoal, uma vez que a minha participação não é obrigatória e não há ganhos financeiros e/ou privilégios particulares.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Obrigada pela participação.
_____ de _____.

Local e data: _____, _____, _____ de _____.

Assinatura do participante

Geovanna S. de Souza. Tel. (79) 99117-2166